



MAGNEETTISAIRAALAN VETOVOIMATEKIJÖIDEN TOTEUTUMINEN HOITOTYÖSSÄ

Elisa Närhi

Julia Perämäki

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö

ELISA NÄRHI & JULIA PERÄMÄKI:

Magneettisairaalan vetovoimatekijöiden toteutuminen hoitotyössä

Opinnäytetyö 76 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Maaliskuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää magneettisairaalan vetovoimatekijöiden toteutuminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhdellä vastuualueella. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mikä on magneettisairaalamalli, miten magneettisairaalan vetovoimatekijät toteutuvat ja mitä on hyvä johtaminen magneettisairaalamallin mukaan.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä. Teoreettinen lähdeaineisto kerättiin tutkimuksista ja magneettisairaalaan liittyvästä kirjallisuudesta. Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin internetissä olevalla puolistrukturoidulla e-kyselylomakkeella, joka lähetettiin kohderyhmälle sähköpostitse. Kyselyn vastausprosentti oli 21, josta lähes puolet vastasi myös avoimeen kysymykseen. Strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin SPSS -tilasto-ohjelmistolla. Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia käyttäen.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat vetovoimatekijöiden toteutuvan pääosin hyvin ja kiitettävästi. Avoin kysymys mittasi työhön sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ja vastauksista nousi esille magneettisairaalamalliin kuuluvia asioita, joita ovat esimerkiksi resurssointi, työvuoroihin vaikuttaminen, johdon kommunikointi, palautteiden kulku, koulutusmahdollisuudet, haastavien tilanteiden selvittäminen, hoitotyön arvostus, hoitotyön mallien käyttäminen ja hoitotyön laatu.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä esimiesten tietoa osastojen työpaikkojen vetovoimaisuudesta ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä hyvästä johtamisesta. Työ auttaa kehittämään hoitotyön luonnetta ja ymmärtämään, mitkä asiat ovat työhön sitoutumisen ja ammattikiinnostuksen ylläpitämisen kannalta tärkeitä sairaalassa. Työstä hyötyvät vastuualueen osastonhoitajat, jotka voivat kyselyn tulosten avulla kehittää osastojen toimintaa vetovoimaisempaan suuntaan.

Asiasanat: magneettisairaala, vetovoimatekijät, johtaminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Nursing

ELISA NÄRHI & JULIA PERÄMÄKI:
The Realization of the Forces of Magnetism in Nursing

Bachelor's thesis 76 pages, appendices 5 pages
March 2015

The purpose of this study was to examine how the Forces of Magnetism are realized in a single remit of the hospital district of Pirkanmaa. The task of the study was to determine what is a Magnet Hospital model, how the Forces of Magnetism are realized and what is good leadership according to the Magnet Hospital model.

The study was conducted by a quantitative research method. The theoretical framework of the study was gathered from researches and literature concerning the Magnet Hospital. The research material of the study was collected by a semi-structured questionnaire that was sent to the target group via email. The percentage of response was 21, of which nearly half also replied to an open question. SPSS analytics software was used to analyze the data of the structured questionnaire. The data from the open question was analyzed using content analysis.

The results of the study indicate that the Forces of Magnetism are realized mainly with the grades B and C. The open question measured factors which affect commitment to work and the results were mostly in line with the factors of the Magnet Hospital model. Those are for example resource allocation, influencing shifts, the communication between leaders and workers, feedback, training possibilities, determination of challenging situations, appreciation of nursing, the usage of nursing models and the quality of nursing.

The study helps to develop the nature of nursing and to understand which factors are important in a hospital concerning commitment to work and professional interest. The head nurses of the remit benefit from this study because with the help of the results they can develop their wards towards a more magnetic direction.

Key words: magnet hospital, forces of magnetism, leadership

SISÄLLYS

| | | |
|--------|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 6 |
| 2 | TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE | 8 |
| 3 | TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT MAGNEETTISAIRAALAMALLISTA | 9 |
| 3.1 | Magneettisairaala | 9 |
| 3.1.1 | Magneettisairaalan alkuperä..... | 9 |
| 3.1.2 | Magneettisairaalan vaikutukset hoitotyössä..... | 11 |
| 3.2 | Vetovoimatekijät..... | 13 |
| 3.2.1 | Muutosjohtajuus | 13 |
| 3.2.2 | Rakenteellinen voimaantuminen | 14 |
| 3.2.3 | Esimerkillinen ammatillinen toiminta..... | 16 |
| 3.2.4 | Uusi tieto ja kehitys..... | 20 |
| 3.2.5 | Hoidon laatu ja tulokset | 21 |
| 4 | HOITOTYÖN JOHTAMINEN MAGNEETTISAIRAALASSA | 22 |
| 4.1 | Johtamisen määritelmä | 22 |
| 4.2 | Vetovoimainen johtaminen | 23 |
| 4.3 | Osallistava ja osallistuva johtaminen | 25 |
| 4.4 | Palkitseminen vetovoimaisuuden lisääjänä | 26 |
| 4.5 | Eettisyys johtamisessa | 27 |
| 4.6 | Näyttöön perustuvan hoitotyön hyödyntäminen johtamisessa | 29 |
| 5 | TUTKIMUSMENETELMÄ | 31 |
| 5.1 | Kvantitatiivinen tutkimus | 31 |
| 5.2 | Kyselylomakkeen laatiminen ja testaus | 31 |
| 5.3 | Aineiston keruu ja analysointi | 32 |
| 6 | TULOKSET | 35 |
| 6.1 | Vetovoimatekijöiden toteutuminen..... | 35 |
| 6.1.1 | Hoitotyön johtamisen laatu | 35 |
| 6.1.2 | Matala organisaatiorakenne | 37 |
| 6.1.3 | Osallistava johtamisen tyyli | 38 |
| 6.1.4 | Henkilöstökäytänteet ja -ohjelmat..... | 40 |
| 6.1.5 | Ammatilliset hoidon mallit | 42 |
| 6.1.6 | Hoidon laatu | 44 |
| 6.1.7 | Laadukas kehitys | 46 |
| 6.1.8 | Konsultointi ja resurssit | 47 |
| 6.1.9 | Itsenäisyys | 49 |
| 6.1.10 | Yhteisö ja terveydenhuolto-organisaatio..... | 51 |
| 6.1.11 | Hoitajien toimiminen opettajina ja kouluttajina..... | 52 |

| | |
|--|----|
| 6.1.12 Hoitotyön imago | 54 |
| 6.1.13 Tieteiden väliset suhteet | 56 |
| 6.1.14 Ammatillinen kehittyminen | 58 |
| 6.2 Työhön sitoutumiseen vaikuttavat tekijät | 59 |
| 7 POHDINTA..... | 63 |
| 7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset..... | 63 |
| 7.2 Eettisyys ja luotettavuus | 64 |
| 7.3 Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset..... | 66 |
| LÄHTEET | 68 |
| LIITTEET | 72 |
| Liite 1. Kyselylomake | 72 |
| Liite 2. Saatekirje | 76 |

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on hoitotyön tärkein tavoite ja siihen tulee jokaisen organisaation työntekijän pyrkiä. Potilasturvallisuuden kehittämiseen haetaan jatkuvasti uusia keinoja. Magneettisairaalamallilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilasturvallisuuden paranemiseen. Joanna Briggsin instituutin tekemän tutkimuksen (2009) mukaan hoitajien työolosuhteita parantamalla kohennetaan myös potilaiden turvallisuutta ja hoidon laatua (The Joanna Briggs Institute 2009).

Magneettisairaala eli vetovoimainen sairaala on Yhdysvalloissa kehitetty malli sairaaloille, jotka vetävät puoleensa työntekijöitä työpula-aikoinakin (ANCC 2014a). Magneettisairaala -nimityksen saadakseen organisaation täytyy kuitenkin täyttää tietyt kriteerit ja käydä läpi pitkä ja vaativa hakuprosessi (Pakkanen 2013, 40). Magneettisairaala-sertifikaattia täytyy hakea American Nurses Credentialing Center:lta (ANCC), mutta ilman sertifikaattiakin magneettisairaalamallin 14 vetovoimakohtaa voi hyödyntää sairaalamaailmassa ja niiden avulla kehittää muun muassa hoitotyön laatua, potilasturvallisuutta ja työtyytyväisyyttä.

Suomessa on haluttu hyödyntää magneettisairaalamallin 14 vetovoimatekijää sairaaloiden kehittämiseen, mutta tarkoituksena ei ole ollut pyrkiä saamaan magneettisairaalastatusta Yhdysvalloista. Statuksen hakeminen ja ylläpito vaatisivat tutkimusten kääntämistä suomesta englanniksi ja sen on todettu vaativan liikaa varoja. On koettu, että rahat on parempi käyttää hoitotyön kehittämiseen magneettisairaalastatuksen hankkimisen sijaan. (Pakkanen 2013, 40–41.) Tästä on seurannut Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen ja Kuopion yliopistollisen sairaalan yhteinen Vetovoimainen ja turvallinen sairaala -tutkimus- ja kehittämishanke eli Magneettisairaalahanke, joka tähtää työtyytyväisyyden ja potilasturvallisuuden lisäämiseen magneettisairaalamallia hyödyntäen. Tämä hanke tehtiin vuosina 2006–2008. (Haatainen 2008.)

Kiinnostuimme magneettisairaalamallista, koska siinä on avain työyhteisöjen työtyytyväisyyden lisäämiseen johtoportaan selkeiden linjausten, hoitotyön laatuun panostamisen ja yksittäisten työntekijöiden huomioimisen kautta. Meitä kiinnosti, mikä saa sairaanhoitajat pysymään työpaikassaan mahdollisimman pitkään, missä asemassa johto on

työtyytyväisyyden suhteen ja mahdollistavatko terveydenhuolto-organisaatiot uran luomisen.

Opinnäytetyössämme selvitimme, kuinka hyvin magneettisairaalamallin vetovoimatekijät toteutuvat erään vastualueen osastoilla Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyö tehtiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Teimme kyselylomakkeen internetissä toimivan e-lomake -kyselytyökalun avulla, ja kohderyhmä pääsi vastaamaan kyselyymme linkin kautta. Lähetimme kyselyn sähköpostissa työelämäyhteyshenkilölle, joka välitti sen vastualueen kaikille osastonhoitajille, jotka edelleen lähettivät kyselyn osastojensa sairaanhoitajille. Kyselylomake lähetettiin hoitohenkilökunnasta vain sairaanhoitajille, mikä sovittiin rajaukseksi jo työelämäyhteyspalaverissa.

Magneettisairaalamallin lisäksi perehdyimme johtajuuteen, sillä halusimme saada siitä lisää tietoa ja opinnäytetyömme on suunnattu osastonhoitajille, jotka esimiehinä vastaavat magneettisairaalan vetovoimatekijöiden toteutumisesta. Opinnäytetyömme antaa tärkeää tietoa osastonhoitajille siitä, minkälaiset ovat heidän johtamistaitonsa, mitä on hyvä johtaminen sekä mihin suuntaan johtamista tulisi kehittää. Opinnäytetyössä puhumme johtajista ja esimiehistä, mutta rajaamme nämä tässä työssä osastonhoitajiin, jotka ovat sairaanhoitajien lähiesimiehiä.

2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää magneettisairaalamallin vetovoimatekijöiden toteutuminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhdellä vastuualueella.

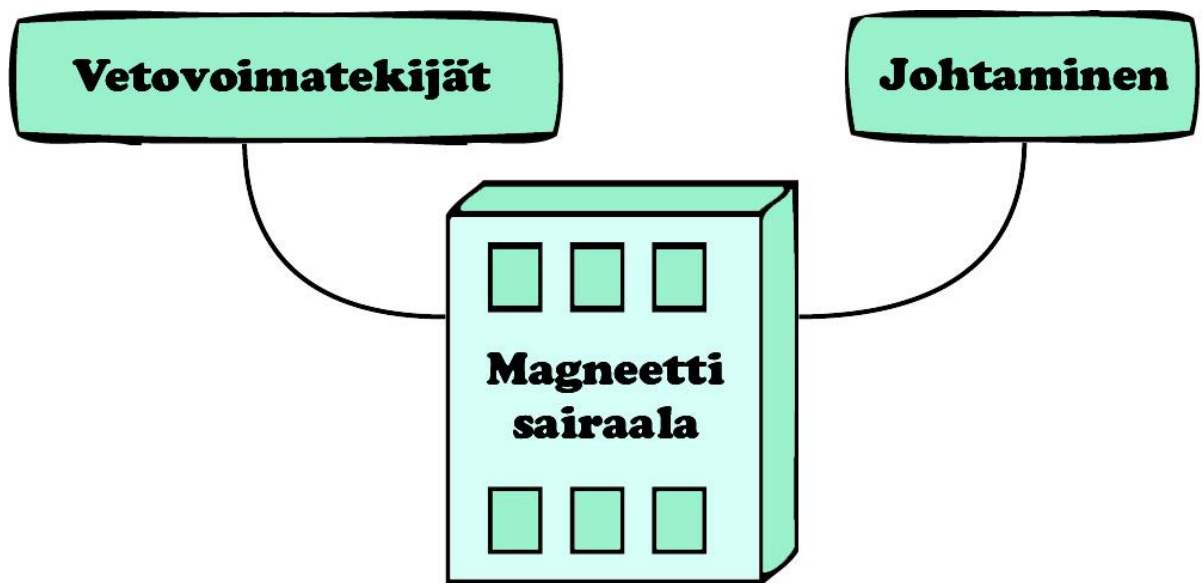
Tutkimusongelmat:

1. Mikä on magneettisairaalamalli?
2. Miten magneettisairaalamallin vetovoimatekijät toteutuvat?
3. Mitä on hyvä johtaminen magneettisairaalamallin mukaan?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tulosten avulla esimiesten tietoa työpaikkojen vetovoimaisuudesta ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä hyvästä johtamisesta. Työ auttaa kehittämään hoitotyön luonnetta ja ymmärtämään, mitkä asiat ovat työhön sitoutumisen ja ammattikiinnostuksen ylläpitämisen kannalta tärkeitä sairaalassa. Työstä hyötyvät vastuualueen osastonhoitajat, jotka voivat kyselyn tulosten avulla kehittää osastojen toimintaa vetovoimaisempaan suuntaan.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT MAGNEETTISAIRAALAMALLISTA

Tämän opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat ovat magneettisairaala, magneettisairaan vetovoimatekijät ja johtaminen. Vetovoimatekijöistä johtaminen on yksi magneettisairaalamallin laajimpia teemoja ja palvelee opinnäytetyön työelämäyhteyden hyötyä parhaiten.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Magneettisairaala

3.1.1 Magneettisairaalan alkuperä

Ensimmäinen magneettisairaalatutkimus tehtiin Yhdysvalloissa vuonna 1983, jolloin tutkittiin, mitkä sairaalat saivat ja pitivät työntekijöitä parhaiten hoitajapula-aikana 70- ja 80-luvuilla ja miksi. Tutkimuksessa tulivat ilmi tietyt vetovoimatekijät (taulukko 1), jotka yhdistivät vetovoimaisia sairaaloita. Niistä kehittyi magneettisairaalan 14 vetovoimatekijää eli vetovoimatekijöiden malli (Forces of Magnetism), jonka avulla saatiin muihinkin sairaaloihin motivoitunutta ja ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa. Kriteerit perustuivat niihin tekijöihin, jotka olivat eroina hoitajia puoleensa vetävien ja hoitajapu-

lasta kärsivien sairaaloiden välillä. Vetovoimatekijät ovat tutkimuksen ydin ja ne havainnollistavat tasokasta hoitotyötä. (ANCC 2014a.)

TAULUKKO 1. Vetovoimatekijät

| | |
|---------------------|---|
| 1. vetovoimatekijä | Hoitotyön johtamisen laatu |
| 2. vetovoimatekijä | Matala organisaatorakenne |
| 3. vetovoimatekijä | Johtamisen tyyli |
| 4. vetovoimatekijä | Henkilöstökäytänteet ja -ohjelmat |
| 5. vetovoimatekijä | Ammatilliset hoidon mallit |
| 6. vetovoimatekijä | Hoidon laatu |
| 7. vetovoimatekijä | Laadukas kehitys |
| 8. vetovoimatekijä | Konsultointi ja resurssit |
| 9. vetovoimatekijä | Autonomia |
| 10. vetovoimatekijä | Yhteisö ja terveydenhuolto-organisaatio |
| 11. vetovoimatekijä | Hoitajien toimiminen opettajina ja kouluttajina |
| 12. vetovoimatekijä | Hoitotyön imago |
| 13. vetovoimatekijä | Tieteiden väliset suhteet |
| 14. vetovoimatekijä | Ammatillinen kehittyminen |

Magneettisairaalamallin kehittymisen yhteydessä puhutaan kolmesta merkittävästä tutkimusohjelmasta, eli tutkimuksista, jotka ovat olleet osana luomassa tai kehittämässä mallia nykyiseen muotoonsa. Näitä ovat alkuperäistutkimus Margaret McCluren kollegoineen 1983, Kramer ja Schmalenberg 1985–2001 ja Linda Aikenin tutkimusryhmä Aiken, Sochalsky ja Lake 1997 ja Aiken 2006. Margaret McClurenin tutkimusryhmän tekemän tutkimuksen pohjalta luotiin alkuperäiset 14 vetovoimatekijää. Kramer ja Schmalenberg laajensivat alkuperäistutkimusta koskemaan hoitohenkilökunnan lisäksi hoitotyön johtajia, kliinistä työtä tekeviä sairaanhoitajia sekä asiantuntijahoitajia. Tutkimus oli kuuden survey-tutkimuksen sarja ja tuloksista vahvistui kahdeksan oleellista magneettisairaalamallin vetovoimatekijää. Aikenin työryhmän tutkimus vuodelta 1994 todisti, että magneettisairaaloissa potilaskuolleisuus on pienempää muihin sairaaloihin verrattuna. Tutkimuksen mukaan tämä johtui hoitotyön paremmasta asemasta sairaalassa sekä erilaisesta sairaalan sisäisestä organisoitumisesta. (Partanen ym. 2008, 71–74.)

Vuonna 1990 American Nurses Association (ANA) loi Yhdysvalloissa asiantuntijahoitajaryhmän kannustuksesta valtakunnallisen Magneettisairaala-ohjelman (Magnet Recognition Program), joka myöntää Magneettisairaalarastatuksen sairaalalle tai hoitotyön yksikölle, joka ylittää magneettisairaalamallin mukaiset laatuvaatimukset. Ohjelma kuuluu American Nurses Credentialing Center:lle (ANCC), joka on ANA:n luoma laadunkehittämisyksikkö. Sairaalan prosessi magneettisairaalarastatuksen saamiseksi on erittäin pitkä ja laaja, ja jo itse hakuprosessia pidetään kehittäväenä ja palkitsevana. (Partanen ym. 2008, 74–75, 77.) Myös ilman magneettisairaalarastatusta sairaala hyötyy magneettisairaalan kaltaisuudesta, sillä se vetää puoleensa työntekijöitä ulkomailta asti (Pakkanen 2013, 41).

ANCC kehitti vuonna 2005 uuden viiden osatekijän mallin alkuperäisestä 14 vetovoimatekijän mallista. Tämä suppeampi malli kehitettiin selventämään magneettisairaalamallia, keskittymään enemmän tuloksellisuuden mittaamiseen ja sisältämään myös kirjaamisen toimivuuden. Uuden mallin viisi vetovoimatekijää ovat muutosjohtajuus, rakenteellinen voimaantuminen, esimerkillinen ammatillinen toiminta, uusi tieto ja kehitys sekä hoidon laatu ja tulokset. (Räsänen 2009; ANCC 2014b; Haatainen 2008.)

3.1.2 Magneettisairaalan vaikutukset hoitotyössä

Magneettisairaalan vetovoimatekijöiden toteutuminen lisää sitoutumista työhön, ja ammattitaidon kehittämisen mahdollistava työyhteisö vetää puoleensa uusia työntekijöitä. Magneettisairaalamallia hyödyntämällä voitaisiin jossain määrin vähentää alanvaihtamiset hoitotyössä, jos perehdyttämiseen, työhyvinvointiin ja työssäetenemismahdollisuuksiin panostettaisiin. Organisaatioiden etu on pystyä magneetin tavoin vetämään puoleensa hoitoalan osaajia, jotka sitoutuvat työhönsä ja jotka ovat myös kiinnostuneita kehittämään sekä itseään että työkuultuuriaan. (Meretoja & Koponen 2008, 10.)

Magneettisairaalamallin mukainen sairaala eli vetovoimainen sairaala kykenee kehittämään toimintaansa ja tuottavuuttaan. Sairaaloiden tulisi pyrkiä vetovoimaisuuteen, jotta ne voisivat paremmin vastata työelämän erilaisiin haasteisiin ja jatkuvaan uudistumiseen. Vetovoimaisissa sairaaloissa potilaiden hoito on tutkimusten mukaan erinomaista. Tärkeimpiä asioita potilaiden hoitoisuuden korkeaan tasoon ovat työtyytyväisyys ja hyvät työolosuhteet. (Meretoja & Koponen 2008, 9.)

Henkilöstö magneettisairaaloissa on koostunut enimmäkseen sairaanhoitajista ja työntekijöitä koetaan olevan riittävästi. Sairaanhoitajien hyvinvointia ja kykyä työskennellä turvaavat suunniteltu ja merkityksellinen työ, riittävä tuen määrä esimiehiltä ja kehittymismahdollisuudet työssä. Kun työmäärä kasvaa liian suureksi, sairauspoissaolot lisääntyvät, eli työn määrä on yhteydessä sairauspoissaoloihin hyvin selkeästi. Hoitajien sairastuessa henkilöstön vaihtuvuus kasvaa, mikä ei ole toivottavaa, sillä henkilöstön suuri vaihtuvuus huonontaa hoidon laatua. Työympäristön ollessa positiivinen eli johdon antaessa riittävästi tukea ja työmäärän ollessa kohtuullinen sairaanhoitajien kehittyminen työssä kasvaa ja vaaratapahtumien määrä vähenee. (Partanen ym. 2008, 83.)

Terveystenhuoltoon ja työvoimaan liittyviin kysymyksiin ja erilaisiin työelämän haasteisiin saataisiin hyviä ratkaisuja magneettisairaalamallin avulla. Siitä olisi apua tuloksellisuuteen ja kustannusten hallintaan. Yhdysvalloissa ja Suomessa tehdyt tutkimukset osoittavat mallin toimivuuden. Sen avulla voitaisiin kehittää toimintaympäristöä, joka parantaisi potilashoidon tuloksia ja samalla vastaisi hoitohenkilöstön tarpeisiin nykyistä paremmin. (Partanen ym. 2008, 84.)

Vetovoimaisissa sairaaloissa panostetaan työntekijöiden työhyvinvointiin. Työhyvinvointi koostuu onnistumisen kokemuksista, työtehtävän tärkeänä pitämisestä, hyvien asioiden tuottamisesta potilaalle, yhteisöllisyydestä, tuen saamisesta ja työn ulkopuolisesta elämästä, joka auttaa jaksamaan työssä. Suomalaisten sairaanhoitajien keskuudessa työhyvinvointia lisää yhteistyösuhteet lääkäreiden kanssa, riittävät koulutusmahdollisuudet ja palautteen saaminen. Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön ja päätösten teosta keskusteluun koetaan heikkoina. (Häggman-Laitila 2014, 143–144.)

Suomalaisten sairaaloiden on lisättävä vetovoimaisuuttaan ja kehitettävä työhyvinvointia, jotta ne pystyvät vastaamaan tiukan taloustilanteen haasteisiin koskien potilaiden turvallisuutta ja hoidon laatua. Yhdysvallat on tässä hyvänä mallina, sillä niiden tutkimustulokset ovat verrattavissa Suomen työoloihin. (Mäkipää, Laaksonen, Saarinen & Miettinen 2012.) Sosiaali ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos ovat ensimmäistä kertaa vuonna 2015 antaneet tunnustusta 19 sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikalle, jotka ovat lisänneet vetovoimaisuuttaan aktiivisesti. Nämä organisaatiot ovat parantaneet henkilöstön hyvinvointia ja työhön sitoutumista kehittämällä työterveyshuoltoa, johtamista, yhteisöllisyyttä ja päätöksentekoon osallistumista. (Tehy 2015.)

3.2 Vetovoimatekijät

Vetovoima -sanalla tarkoitetaan kykyä rekrytoida, pitää työntekijöitä alaisuudessaan, ylläpitää työtyytyväisyyttä ja korkeaa potilaiden tyytyväisyyttä. Vetovoimaisuuden avulla voidaan saavuttaa loistavia hoitotuloksia ja lisätä toiminnan kokonaisvaltaisuutta. Magneettisairaalan vetovoimatekijät eivät koske pelkästään hoitajia vaan koko sairaalan henkilökuntaa. (Mäkipää, Laaksonen, Saarinen & Miettinen 2012.)

American Nurses Credentialing Center on tehnyt uuden, ytimekkään viiden kohdan mallin magneettisairaalaan hyödyntäen 14 vetovoimatekijää. Näistä ensimmäinen osa on muutosjohtajuus (transformational leadership), jossa yhdistyvät 1. ja 3. vetovoimatekijä. Toinen osa on rakenteellinen voimaantuminen (structural empowerment), johon liittyvät 2., 4., 10., 12. ja 14. vetovoimatekijä. Kolmas osa on esimerkillinen ammatillinen toiminta (exemplary professional practice), johon kuuluvat 5., 8., 9., 11. ja 13. vetovoimatekijä. Neljäs osa on uusi tieto ja kehitys (new knowledge, innovations and improvements) ja se edustaa 7. vetovoimatekijää. Viides osa on hoidon laatu ja tulokset (empirical outcomes), joka edustaa 6. vetovoimatekijää. Tämä uusi jako muodostaa painojakauman alkuperäisten 14. vetovoimatekijän suhteen. (Matkalla maineeseen -hanke 2009, 5–6; ANCC 2014b; Haatainen 2008.) Tämän mallin mukaan on seuraavaksi jaettu otsikoihin alkuperäiset 14 vetovoimatekijää.

3.2.1 Muutosjohtajuus

Ensimmäinen vetovoimatekijä on hoitotyön johtamisen laatu. Johtamisen tulee olla vahvaa, tietotaitoista ja riskejä ottavaa, jotta hoitotyö olisi jouhevaa, hyvin suunniteltua ja näkemyksellistä. Vahvalla johtamisella ja hoitotyöntekijöiden tukemisella on merkittävä vaikutus potilaaseen. (ANCC 2014a.) Johtajan tulee toimia henkilöstön puolesta ja tukea ja kuunnella alaisiaan (Partanen ym. 2008, 76). Laadukkaassa johtamisessa ovat molemmat osapuolet vastuussa, sekä esimies että työntekijä, ja heidän välillään vallitsee positiivinen ilmapiiri. Molemmat osapuolet ottavat vastuuta vuorovaikutuksen rakentamisesta, toimivuudesta ja jatkuvuudesta. Työntekijän työhön sitoutuneisuus tekee johtamisesta laadukkaampaa ja työntekijä on entistä motivoituneempi. Motivoitunut työntekijä harjoittaa motivoitumatonta työntekijää laadukkaampaa hoitotyötä. (Keskinen 2008, 133.)

Kolmas vetovoimatekijä on johtamisen tyyli, jossa terveydenhuolto ja sairaalan johtajat luovat osallistavan työympäristön. Ympäristö rohkaisee antamaan palautetta ja se otetaan hyvin vastaan jokaiselta työntekijältä. Palautteen antamista arvostetaan, palautteet käydään läpi ja niillä voidaan vaikuttaa. Johtajat ovat näkyviä; he ovat tavoitettavissa ja helposti lähestyttäviä, ja he sitoutuvat luomaan tehokasta kommunikaatiota hoitajien ja johdon välillä. (ANCC 2014a.) Osallistava työympäristö parantaa työolosuhteita, työilmapiiriä, henkilöstön ja johdon välisiä vuorovaikutussuhteita ja tiedottamista. Osallistava johtamisen tyyli antaa sairaanhoitajille mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon, jolloin voidaan tukea hoitajien ammatillisia vaikutusmahdollisuuksia heidän omassa työssään. (STM 2009, 34.)

Esimiehen johtamistyyli ei ainoastaan muodostu johtajan koulutuksesta ja työtavoista, vaan esimiehestä itsestään, hänen omista esimiehistään ja koko ympäröivästä organisaatiosta ja sen sisäisistä sopimuksista sekä alaisista eli työntekijöistä. Eri tutkimuksista on noussut eri tekijöitä, jotka yhdessä vaikuttavat esimiehen johtamistyyliin. Esimiehen henkilökohtaisia tekijöitä ovat koulutus, ikä, sukupuoli, omat arvot, työkokemus, motivaatio, empatia ja ymmärrys johtamansa osaston tavoitteesta. Organisatoriset tekijät ovat organisaation rakenne, työnohjauksen saatavuus, vertaistuki ja tilanteet. Työntekijöiden määrä ja heiltä saatu palaute sekä omilta esimiehiltä saatu tuki ja heidän ja edeltävien esimiesten näyttämä työn roolimalli vaikuttavat esimiehen johtamistyylin muo-
dostumiseen. (Vesterinen 2013, 34.)

3.2.2 Rakenteellinen voimaantuminen

Toinen vetovoimatekijä on matala organisaatorakenne, mikä tarkoittaa sitä, että päätökset tehdään yksikkötasolla. Päätöksenteon tulee olla hajautettu, mihin organisaatiolla on toimiva ja tehokas järjestelmä. Hoitotyö on vahvasti edustettuna kaikissa organisaation kerroksissa, ja jokainen esimies vastaa ja raportoi omalle esimiehelleen. (ANCC 2014a; Partanen ym. 2008, 76.)

Henkilöstökäytännöt ja -ohjelmat ovat neljäs vetovoimatekijä. Henkilöstöohjelmassa on tärkeää, että työsuhte-edut ja palkat ovat kilpailutettavia ja työympäristön turvallisuutta ja terveyttä lisäävät henkilöstömallit ovat käytössä. Mallit ovat luovia ja joustavia, ja ne kehitetään yhteistyössä hoitajien kanssa. Henkilöstökäytännöt ja -ohjelmat suunnitel-

laan niin, että niiden tavoite on edistää ammatillisen ja laadukkaan hoitotyön tuottamista ja samalla tukea työn ja vapaa-ajan tasapainoa. (ANCC 2014a.)

Työn ja vapaa-ajan tasapainon tukeminen sekä työn hallinnan lisääminen työntekijöillä tapahtuu osaksi työaikojen suunnittelussa. Joustavuutta tuo työntekijän toiveiden kuunteleminen työaikojen suhteen sekä yhteiset päätökset johdon ja työntekijöiden kanssa uusien työaikojen käyttöönotosta. Vaikutusmahdollisuus omiin työaikoihin vaikuttaa positiivisesti terveyteen ja sairauspoissaoloihin, ja sillä on vaikutusta myös työn kuormittavuudesta selviämiseen, mitä on tutkittu sairauspoissaolojen avulla. Mitä enemmän voi vaikuttaa omaan työaikaansa, sen paremmin jaksaa tehdä vaativaa työtä. Parhaimmillaan yksilön ja organisaation edut kohtaavat työvuorosuunnittelussa ja työaikamalleissa. (Sinivaara & Aschan 2008, 104.)

Kymmenes vetovoimatekijä on yhteisö ja terveydenhuolto-organisaatio. Työyhteisöllä tulee olla hyvät välit kaikkiin terveydenhuollon eri organisaatioihin, ja myös oman organisaation sisäiset suhteet tulee olla kunnossa. Yhteistyö luo vahvan pohjan kumppanuudelle, joka edistää yhteisön terveyden edistämistä ja parantaa potilastuloksia. (ANCC 2014a.) Yhteistyö sairaalan ulkopuolisiin organisaatioihin on jatkuvaa, ja sairaalan osuus yhteistyöverkostossa tulee olla positiivinen ja tuottava (Pakkanen 2013, 42).

Tiedon lisääntyessä sairaaloiden ja muiden terveydenhuolto-organisaatioiden välisen tiedonkulun sujuvuus korostuu. Potilastietojärjestelmiä yhtenäistetään ja tiedon lisääntyessä hoitokäytänteetkin yhtenäistyvät, ja suuremmassa mittakaavassa kansalliset ja kansainväliset terveystietojärjestelmät kehittyvät samaan suuntaan nopean tiedonkulun tuloksena. Tietojärjestelmien ja hoitokäytänteiden yhdistyminen lisää potilasturvallisuutta, vähentää turhia toimenpiteitä ja kustannuksia, lisää koulutuksia ja laadun varmistusta. Verkostoituminen on vahvasti esillä jokapäiväisessä hoitotyössä ja se edesauttaa terveydenhuolto-organisaatioiden yhteistyötä ja potilaan hyötyä. (Lammintakanen & Kinnunen 2006, 13.)

Hoitotyön imago on kahdestoista vetovoimatekijä. Hoitotyö on asetettu keskeiseen asemaan organisaatiossa myös muiden työntekijöiden kuin hoitajien osalta ja se nähdään kiinteänä ja välttämättömänä osana laadukkaan potilashoidon toteutumista. Teho-

kas hoitotyö vaikuttaa terveydenhuollon prosesseihin koko järjestelmässä. (ANCC 2014a.)

Neljästoista vetovoimatekijä on ammatillinen kehittyminen. Organisaation tulee tukea hoitajien ammatillista kehittymistä ja nähdä se voimavarana. Sen vastapainona organisaation tulee arvostaa myös henkilökohtaista kasvua ja nähdä se osana ammatillista kypsymistä. Hoitotyöntekijöiden motivaation ja sekä itsensä että työn arvostamisen kannalta on tärkeää tukea kouluttautumista, tutkintojen hankkimista ja uran luomista, joten johdon tulee järjestää mahdollisuus niiden hankkimiseen. (ANCC 2014a.) Organisaation on sitouduttava sairaanhoitajien jatkuvaan kouluttamiseen ja heidän ammatillisen kehityksen tukemiseen (Kanse 2006).

Ammattitaidon kehittymiseen työpaikalla voidaan tarjota sopivan haasteellisia tehtäviä ja ammattitaitoa edistävää ja ylläpitävää säännöllistä koulutusta. Koulutusten avulla edistetään työntekijöiden työtyytyväisyyttä, joka on ominaista magneettisairaaloissa. Kun työtyytyväisyys on korkealla, työntekijöiden vaihtuvuus on pientä ja potilaiden hoito erinomaista. (STM 2009, 67; Turunen 2011, 10.)

Ympäristön muuttuessa nopeasti ja uusien käytänteiden tullessa työpaikoille on jatkuva kouluttautuminen ja tiedon hankkiminen tärkeää, jotta työtä voi tehdä laadukkaasti ja välttää ylikuormittuminen haasteiden kasvaessa. Elinikäinen oppiminen on elämäntapa, joka jokaisen hoitotyön ammattilaisen tulisi sisäistää. Se lisää ammattitaidon ja tietotaidon lisäksi omien toiveiden toteutumista, sosiaalisuutta sekä työllistettävyyttä. Tiedon kerryttäminen ja haasteisiin vastaaminen ohjaa työntekijää oman mielenkiinnon mukaiseen suuntaan ja erikoisalaan. Tavoitteellisesta ammattitaidon lisäämisestä syntyy urakäsite. (Hopia, Niskanen, Peltokoski & Heikura 2008, 117–119.)

3.2.3 Esimerkillinen ammatillinen toiminta

Viidentenä vetovoimatekijänä on ammatilliset hoidon mallit, jotka takaavat sen, että hoitajilla on vastuu itsestään, potilaista ja hoitotyöstä ja heillä on lupa harjoittaa korkealaatuista välitöntä hoitotyötä. He ovat vastuussa hoitotaidostaan ja hoidon toteutuksesta sekä koordinoinnista. Hoitotyönmallit, kuten omahoitajuus, perhekeskeinen hoitotyö, tapauskeskeinen hoitotyö ja yksilökeskeinen hoitotyö, ovat hoidon jatkuvuuden tae.

Tarvittavien resurssien ja taitavien hoitajien saannin huolehtiminen yhdessä potilaiden henkilökohtaisten tarpeiden kanssa on huomioitu hoitomalleissa. (ANCC 2014a.)

Konsultointi ja resurssit ovat kahdeksas vetovoimatekijä (ANCC 2014a). Henkilöstöresurssien optimointi on tärkeää, sillä työntekijöiden yli- ja alikuormittumisella on huo- noja seurauksia. Hoitoprosesseja jatkuvasti tehostettaessa alikuormittuminen ei niinkään ole ongelma, vaan ylikuormittuminen vaivaa terveysalan organisaatiota. Henkilöstön jaksamisesta huolehtiminen on tärkeää ja esimiehet haluavat entistä enemmän mahdolli- suuksia vaikuttaa siihen. Henkilöstöresurssien riittävyys tuo työvuorosuunnitteluun joustavuutta ja parantaa työntekijöiden työn ja vapaa-ajan tasapainoa. (Hartikainen 2009, 36; Hinno 2012, 41.)

Meretojan ja Koposen (2008) mukaan ylikuormittumisesta seuraa työhyvinvoinnin vä- heneminen, potilaiden hoitotulosten heikkeneminen hoitotyön laadun laskemisen seura- uksena ja sairauspoissaolojen lisääntyminen. Nämä johtavat kustannusten nousemiseen ja työpaikalla tapahtuvaan tyhjäkäyntiin. (Meretoja & Koponen 2008, 13.) Ylikuormit- tuminen altistaa työuupumukselle, joka voi ilmetä muun muassa ammatillisen itsetun- non heikentymisenä ja kyynistyneenä asenteena työtä kohtaan, mikä tarkoittaa mielek- kyyden ja merkityksellisyyden häviämistä työssä. Työuupumus saattaa johtaa jopa työ- kyvyttömyyteen. (Ahola, Tuisku & Rossi 2012.)

Jotta terveydenhuolto voisi käyttää asiantuntijoita ja kokeneempia hoitotyön osaajia hyväksi, se tarvitsee riittävät resurssit, joten organisaatiolta tarvitaan tukea tiedon välit- tymiseen ja asiantuntijoiden konsultoinnin saatavuuden mahdollistamiseen. Hoitotyössä edistetään hoitotyön työntekijöiden osallistumista kollegojensa työntekoon ja sitä kautta ammatillisen organisaation luomiseen. (ANCC 2014a.) Sairaanhoitajapäivillä 2014 jul- kaistiin sairaanhoitajaliiton kollegiaalisuusohjeet, joiden kysyntä ylitti tarjonnan nope- asti. Ne sisältävät osia muun muassa ammattietiikasta, johdon oikeudenmukaisuudesta ja työntekijöiden ammattitaidosta ja niitä on pidetty tarpeellisina ja positiivisina. (Käh- könen 2015, 8–9.) Ohjeiden hankkiminen hoitotyöntekijöille ja niiden käyttämisen tu- keminen on magneettisairaalamallin mukaista, sillä ne antavat apua toimintatapojen kehittämiseen, eettisten ongelmien ratkaisemiseen sekä kollegiaalisen työnteon paran- tamiseen.

Yhdeksäs vetovoimatekijä on autonomia (ANCC 2014a). Sairaanhoitajan autonomialla tarkoitetaan itsemääräytyvyyttä ja ammatillista itsenäisyyttä (Leino-Kilpi & Peltomaa 2008). Ne tarkoittavat kykyä tehdä päätöksiä, jotka vaikuttavat ratkaisevasti omaan toimintaan niiden työyhteisön säännösten ollessa voimassa, joihin kukin toimessaan on sitoutunut. Itsenäiseen toimintaan vaikuttavat aina yksilön sisäiset ja ulkoiset tekijät. Autonomia on yksilön ominaisuus, eikä sitä voida ottaa pois, ja se on edellytys hoitotyön harjoittamiselle, koska se antaa voimaa ja valtaa. Magneettisairaalamallin mukaisen työn vetovoimaisuuden, eli työstä eroamisen vähenemisen ja työhön hakeutumisen lisääntymisen, on todettu parantuvan hoitajien autonomiaa lisäämällä. (Hintsala 2006, 47–48.) Autonomian kokeminen kuuluu vetovoimaiseen sairaalaan (Leino-Kilpi & Peltomaa 2008).

Ammatillisesti itsenäisellä sairaanhoitajalla on omat vastualueensa, velvollisuutensa ja oikeutensa. Hän kunnioittaa muiden vastualueita ja hänen vastualueita kunnioitetaan. (Leino-Kilpi & Peltomaa 2008.) Ammatillinen pätevyys ja laaja tietopohja mahdollistavat itsenäisen hoitotyön harjoittamisen ja potilaan ensiluokkaisien hoidon. Hoitajalta odotetaan itsenäistä työskentelyä ja päätöksentekoa, ammattitaitoa, hoitotyön korkeiden periaatteiden hallintaa ja toteuttamista sekä kannanottoa eri tieteiden ja ammattiryhmien kanssa työskentelyssä. (ANCC 2014a; Hintsala 2006, 48.)

Yhdenäitoista vetovoimatekijänä on hoitajien toimiminen opettajina ja kouluttajina työyhteisössä, joka on avoin eri oppilaitosten opiskelijoiden kouluttamiseen ja perehdyttämiseen. Opetuksen järjestäminen on jatkuvaa, ja sopimusedut ovat yhteistyötahojen kanssa molemminpuoliset. Kaikentasoisille työntekijöille opiskelijoista kokeneemmille hoitajille on olemassa kehitys- ja mentorointiohjelma, joka edistää ammatillista kehittymistä ja antaa välineitä uran luomiseen. Työntekijät toimivat ja ohjaavat opiskelijoita omien taitojensa ja ammattinimikkeidensä mukaan. (ANCC 2014a.) Hoitotyössä kehittyminen vaatii tukea työyhteisöltä, minkä vuoksi on kehitetty urakehitysohjelmaa, jotka ohjaavat hoitajia kohti pätevää ammattitaitoa (Hintsala 2006, 48). Asiantuntijuuden saavuttaminen vaatii ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tai maisterin paperit (Pakkanen 2013, 42).

Sairaanhoitajille tulee mahdollistaa uusien asioiden oppiminen, jotta he voivat kehittää osaamistaan. Erilaisia kehittämistapoja ovat muun muassa perehdytys, täydennyskoulutus, mentorointi, työ- tai henkilökierto, tiimityö ja työnohjaus. (STM 2009, 67.) Sai-

raanhoitajien omaa osaamista tulee hyödyntää ja heillä pitää olla vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä (STM 2009, 67; Turunen 2011, 10). Kun työssä on mahdollisuus hyödyntää omaa osaamistaan, se vahvistaa työpaikkaan ja omaan ammattiin sitoutumista. Mahdollisuus kehittyä, saada uutta tietoa ja ammattitaitoa edistävää koulutusta on sairaanhoitajan työssä tärkeää. (Turunen 2011, 10.) Myös potilaita koulutetaan. Heille on järjestetty monipuolista ohjeistusta ja henkilökunta on valveutunut antamaan ohjeita ja tietoa sekä suullisesti että kirjallisesti (ANCC 2014a).

Mentorointi on itseään kehittävän ja osaamista arvostavan sairaalan merkki. Mentorointi on parhaimmillaan, kun se on vapaaehtoista ja kumpikin osapuoli on asiaan sitoutunut. Mentorointipari on toisilleen avoin, kunnioittava ja vastavuoroinen luottamusta nauttien. Jos esimies on myönteinen mentorointia kohtaan, niin hän varaa aikaa työajasta mentoroinnille. Mentorointi on yksilöllistä ja lähtee aktorin eli mentoroitavan tavoitteista ja kehittämiskohteista. Mentorointi on koulutusten ohella loistava keino osaamisen kehittämiseen omista tarpeista käsin. (Sairanen 2006, 164–165.)

Tieteiden väliset suhteet ovat kolmastoista vetovoimatekijä. Työyhteisössä arvostetaan yhteistyötä tieteiden sisäisesti ja eri tieteiden kanssa. Tieteiden välinen keskinäinen kunnioitus perustuu siihen, että kaikki ymmärtävät jokaisen tieteen olevan tärkeässä osassa tekemässä yhteistä kliinistä tulosta. Erimielisyydet ja haastavat tilanteet selvitetään aina ja niihin on olemassa käytänteitä, joita tarvittaessa käytetään tehokkaasti. (ANCC 2014a.) Eri tieteiden alat ovat toisiaan kohtaan kollegiaalisia, tasavertaisia ja he pystyvät työskentelemään tiiminä potilaiden hoitoa toteuttaessaan (Partanen ym. 2008, 77).

Organisaatiossa eri ammattiryhmillä on omat arvoperustansa ja eettiset ohjeensa, joiden mukaan he työskentelevät. Nämä eettiset ohjeet täydentävät toisiaan. Eettisiä ongelmia saattaa syntyä, jos ammattiryhmät eivät arvosta toistensa osaamista ja tietämystä. Sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeissa (Sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeet 2014) mainitaan, että sairaanhoitaja kunnioittaa ja arvostaa kollegoitaan. Eri ammattiryhmien tulee löytää yhteistyötoiminnassa keskinäinen kunnioitus toinen toistaan kohtaan ja huomioida se yhteistyötä tehdessä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 90–92.)

3.2.4 Uusi tieto ja kehitys

Seitsemäs vetovoimatekijä on laadukas kehitys. Magneettisairaalamallin mukaan menestyvällä organisaatiolla on laadunmittausmenetelmiä ja -prosesseja ja sekä hoitotyön laadun että palvelujen tarjonnan kehittämiseen tarvittavia ohjelmia. (ANCC 2014a.) Nykypäivänä jatkuva vaatimus tehostaa hoitoprosesseja vaarantaa laadun säilymisen, ja siksi sekä laatua että tehokkuutta tulee kehittää yhtä aikaa (Meretoja & Koponen 2008, 13). Laadukas kehitys merkitsee myös sitä, että otetaan oppiva näkökulma ja virheille salliva ilmapiiri. Virheen tapahtuessa ei etsitä syyllistä, vaan virheestä otetaan oppia. (Partanen ym. 2008, 76.)

Korkeammalta taholta tuodut ideat eivät välttämättä tuo muutosta hoitotyön laadun kehityksessä. Laadun kehittämisessä pidetään sairaanhoitajia tärkeinä tekijöinä, sillä he ovat asiantuntijoita ja heillä on ammattitaitoa kertoa asioiden toimimisesta käytännön hoitotyössä. Hoitotyön laatua on hyvä mitata potilaiden avulla, sillä silloin voidaan seurata, pysyykö potilaiden turvallinen hoito muutosten mukana. Potilailta kerättävä palautte heidän kokemuksistaan hoitotyöstä auttaa pitämään hoitotyöntekijät ja potilaat mukana muutostilanteissa, kun hoitotyötä lähdetään kehittämään. Potilaspalautemittarit toimivat hyvin silloin, kun halutaan nähdä muutoksia tai muuttumattomuutta hoitotyön laadussa. (Laitinen 2008, 133.) Toiminnan kehittämiseen organisaatiossa tarvitaan kattava laadunvarmistusjärjestelmä (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 49).

Palveluiden tuottaminen tapahtuu kysynnän mukaan ja palvelujen tarjonnan tulee vastata potilaiden tarpeisiin, jolloin kysyntä ja tarjonta ovat tasapainossa ja organisaatio on tuottava. Kysynnän mukainen tarjonta mahdollistaa riittävät resurssit. (Hartikainen 2009, 52.) Parhaimmillaan kaikki vastaanottoajat ja potilaspaikat varattu ja heitä hoitaa optimaalisesti mitoitettu henkilöstö. Tämä on tuottavan sairaalan tavoite. Työn ruuhkautuessa tulee kuluja henkilöstön ylikuormittumisen seurauksena, ja työn ollessa alimitoitettu kulut eivät nouse, mutta tulot laskevat. Kysynnän mukaan tulee kehittää palveluiden tarjontaa, jotta sairaala säilyy tehokkaana ja tuottavana organisaationa.

3.2.5 Hoidon laatu ja tulokset

Hoidon laatu on kuudes vetovoimatekijä ja se on organisaatiota ja hoitotyötä eteenpäin vievä voima. Hoitotyön johdossa olevat hoitotyön ammattilaiset vastaavat hoitotyön tuottavasta ja hyvän potilashoidon takaavasta ympäristöstä. Kaiken havainnoiva ja näkevä hoitotyöyhteisö auttaa luomaan ja pitämään yllä korkealaatuista hoitotyötä. (ANCC 2014a.) Magneettisairaaloiden tyypillisiin piirteisiin kuuluu hoidon korkea laatu ja henkilökunnan työtyytyväisyys (Turunen 2011, 13).

Hoitotyön jatkuvan kehittämisen avulla hoidon laatua pidetään korkeana (Kent, Hutchinson & Fineout-Overholt 2009). Vetovoimaisen sairaalan hoidon laatu tulee olla korkeatasoista. Sairaanhoidajat, jotka työskentelevät tällaisessa sairaalassa, ovat avain hoidon laatuun, joten heidän tulee olla motivoituneita, osaavia ja sitoutuneita työhönsä. Tämän toteutumiseksi johtamisen pitää olla tarpeeksi kehittynyttä ja vuorovaikutuksen tulee olla avointa hoitajien ja johtajien välillä. (Partanen ym. 2008, 70.)

Hoidon laadukkuus pitää potilasturvallisuuden korkealla. Laadun tavoittelu ja samalla potilasturvallisuuden edistäminen kuuluvat kaikkien terveydenhuoltoalan työntekijöiden päätavoitteisiin. Potilasturvallisuudesta ja hoidon laadusta vastaavat pääasiassa työntekijät, joten heidän tulee sitoutua niiden kehittämiseen arvioimalla ja kehittämällä omaa osaamistaan. Sairaanhoidajien on hyvä pystyä soveltamaan tutkimustietoa kokemukselliseen tietoon pitämällä samalla yllä yhteisiä hoitotyön käytäntöjä. (STM 2009, 42.)

Hoitotyön laadukkuutta ja potilasturvallisuutta edistetään vaara- ja läheltä piti -tilanteiden seurannalla. Vaarallisten tilanteiden seurannassa tarvitaan tarkkaa kirjaamista yhteiseen potilastieto- ja vaaratilannejärjestelmään. (STM 2009, 43.) Sairaanhoidajien itsenäinen työskentelymalli ja johdolta saatu tuki vähentävät vaaratilanteita. Kun henkilöstörakenne on sairaanhoidajapainotteinen, sen on todettu lyhentävän potilaiden sairaalassaoloaika ja vähentävän haitallisten tapahtumien sattumista ja potilaskuolleisuutta. Tulokset voidaan todeta seuraamalla vaara- ja läheltä piti -tilanteita sekä tarkastelemalla potilastyytyväisyyttä. (Hahtela & Mäkipää 2011, 165.) Oikea resursointi on tärkeä vaaratilanteiden välttämiseksi, sillä potilaiden kaatumiset ovat yhteydessä hoitajien suhteelliseen määrään (Hinno 2012, 34).

4 HOITOTYÖN JOHTAMINEN MAGNEETTISAIRAALASSA

4.1 Johtamisen määritelmä

Johtaminen on moniulotteinen termi, josta on vaikea muodostaa yksiselitteistä määritelmää. Yhden analyysin mukaan johtaminen on prosessi, jonka voi jakaa kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat sosiaalinen, eettinen ja teoreettinen osa-alue. Sosiaaliseen osa-alueeseen kuuluu johtohenkilön hyvät ihmissuhdetaidot, jotka ovat tarpeelliset, jotta hän voi olla vaikuttava kaikissa tilanteissa. Eettinen osa-alue vaatii johtavalta henkilöltä sisäistä voimakkuutta yli muiden, ja jonka käyttämisestä tulisi seurata yhteinen hyvä. Teoreettinen osa-alue sisältää erilaisia teorioita teoreettisesta johtamisesta, ja yksi niistä pitää johtajina ihmisiä, joilla on visio, jotka kommunikoivat hyvin, ovat lujia ja päättäväisiä ja jotka ilmentävät hyvää itsetuntoa. (Grohar & DiCroce 1997, 22–23.)

Toinen teoria johtamisesta on LMX-teoria eli Leader-Member Exchange Theory, jonka mukaan esimiehen ja työntekijän välinen suhde muodostaa johtajuuden. Suhteeseen kuuluu molemminpuolinen vuorovaikutus, jonka tyyli ja sisältö määrittelevät johtamisen onnistumisen ja mahdollisten ongelmien laadun. Esimerkiksi jos esimies antaa työntekijälleen positiivista palautetta, saa se työntekijän kertomaan omista havainnoistaan, ja yhteinen luottamus syntyy. Jos palautetta ei anneta puolin eikä toisin, on esimies kaukainen ja epätietoinen oman esimiestyönsä vaikutuksista sekä työntekijä epätietoinen johdon luottamuksesta ja oman työnsä kehittämiskohteista, ja tämän vaikutus näkyy työmotivaatiossa. Sama pätee arvostuksen, luottamuksen ja tiedon vaihtoon. (Keskinen 2008, 131–133.) Työnantajan pitäessä kommunikaatioyhteyden henkilökuntaan toimii henkilökunta eettisesti lojaalisti sairaalan eettisiä periaatteita kohtaan ongelmatilanteissa (Grohar & DiCroce 1997, 108).

Johtaminen magneettisairaalamallissa on tulevaisuuteen suuntautunutta ja hoitotyön sisältö on johdolle tärkeää (Hintsala 2006, 48). Johtaminen vaikuttaa henkilöstön työhyvinvointiin ja työhön sitoutumiseen (Vesterinen 2013, 26; Hartikainen 2009, 52; Hinnola 2012, 34), ja tutkimusten mukaan magneettisairaalan hoitajat ovat työhön sitoutuneita ja viihtyvät työssään (Hintsala 2006, 48; Meretoja & Koponen 2008, 10). Vaikka hoitotyön johtajat Suomessa arvostavat ihmisten johtamisen asioiden johtamista paljon tärkeämmäksi, eivät suomalaiset terveysalan johtajat pidä hoitotyöntekijöiden organi-

saatiossa pysymisestä huolehtimista kovin tärkeänä (Hintsala 2006, 48). Tämä on huolestuttavaa, kun työsuhteiden pysyvyys, työtyytyväisyys ja työpaikan tai alan vaihtamisen haluaminen vaikuttavat muun muassa hoitotuloksiin ja sairaalakuolleisuuteen (Meretoja & Koponen 2008, 12).

Osastonhoitaja on johtaja-asemassa vaikutusalallaan. Ikääntyvät sairaanhoitajat tarvitsevat johdolta tukea työssä jaksamiseen ja nuoret tarvitsevat apua työssä oppimiseen. Ajan myötä kasvava kansainvälistyminen tuo osastoille monikulttuurisuutta ja erilaisia arvomaailmoja, joiden huomiointi korkealaatuisen hoitotyön tuottamisessa voi olla haaste johdolle. Kansainvälistyminen vie myös suomalaisia tekijöitä ulkomaille, jolloin kilpailu työvoimasta kovenee ja organisaatiot kiinnittävät erityistä huomioita työpaikkojensa haluttavuuteen ja niihin sitoutumiseen. (Vesterinen 2013, 26.)

Osaamisen ja henkilöstön johtamisen taito korostuu nykypäivän hoitotyössä. Toimintatapojen kehittäminen niin, että kaikki osaaminen hyödynnetään ideaalisesti ja henkilöstön voimavarat ovat käytössä potilaiden nopean hoitoon pääsyn turvaamiseksi, vaatii johdolta työnjaon kehittämisideologiaa ja ymmärrystä toimivuuden ja hoidon laadun parantamisen keinoista. (Vallimies-Patomäki & Hukkanen 2006, 62–63.) Taloudellisen tilanteen kiristyessä vaaditaan esimiehiltä taitoa osata kehittää uusia toimintatapoja ja muuttaa toimintakäytäntöjä hoitotyön laadun takaamiseksi ja hoitotyön resurssien vähentämiseksi tai ennallaan pitämiseksi (Vesterinen 2013, 25).

Magneettisairaalan neljäs vetovoimatekijä sisältää vapaa-ajan ja työn tasapainon huomioimisen (Forces of Magnetism). Nykyään ihmiset haluavat elää elämäänsä eri tavoin ja vaihtoehtoja on enenevästi, mikä vaikuttaa työnteon asenteisiin. Johtajien tehtävänä on luoda työpaikalle kulttuuri, jossa on tilaa kaikenlaisille tekijöille. Työelämäodotukset ovat myös vaihtelevia. Osa työntekijöistä haluaa luoda pitkän uran, toinen haluaa tutkia ja mennä syvemmälle ja kolmas haluaa mahdollisimman paljon vapaa-aikaa. (Vesterinen 2013, 26.) Ei ainoastaan työn ja vapaa-ajan tasapainon tavoittelemisen ole haastavaa, vaan tasapainon takaaminen kunkin henkilökohtaisiin tarpeisiin.

4.2 Vetovoimainen johtaminen

Tänä päivänä hoitotyön johtajien haasteina ovat hoitotyön vetovoimaisuuden ylläpitäminen, uusien työntekijöiden rekrytointi ja nykyisen hoitohenkilöstön työssä pysyminen.

nen. Johtamisella ja organisaation kulttuurilla on suuri merkitys työpaikan vetovoimaisuuteen, sillä vetovoimaisuuden avain on todettu löytyvän organisaatiossa olevasta kulttuurista, johon kuuluvat työtyytyväisyys ja hyvät työolosuhteet. Hoitotyön ammattilaisien mielestä tekijät, jotka tekevät työympäristöstä hyvinvoivan, ovat tehokas vuorovaihtus, hyvät yhteistyösuhteet ja mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. (Meretoja & Koponen 2008, 11–12.) Toisaalta tohtori Sanna Hinnon (2012) mukaan terveydenhuollon työympäristöjen vaikuttavimpia tekijöitä ovat johdon tuki, keskinäinen tiimityö, riittävä resursointi ja laadun takaus, joista tärkein oli johdolta saatu tuki (Hinnon 2012, 36). Hoidon laatu ja työtyytyväisyys kasvaa, kun työntekijöillä on mahdollisuus autonomiaan työssään (Kärkkäinen 2010, 8).

Hyvällä johtamisella voidaan edistää sairaanhoitajien työhyvinvointia ja työssä viihtymistä. Etenkin vastavalmistuneet sairaanhoitajat tarvitsevat tukea ja positiivista roolimallia osastonhoitajalta ja kokeneemmilta sairaanhoitajilta. Tuoreet sairaanhoitajat voidaan kokea myös haasteena esimiesten työn kannalta, sillä he saattavat vaihtaa työpaikkaa ja jopa alaa yllättäen. Suurin syy tähän on ylikuormittuminen eli burnout. Muita syitä ovat työn ja perheen yhdistämisen ongelmat, huonot mahdollisuudet kehittää ammattitaitoa ja se, että työ ei vastaakaan odotuksia. (Flinkman 2014, 86–87.) Organisaatiolle työntekijöiden vaihtelevuus ei ole kuitenkaan helppoa. Työtyytyväisyys laskee, kun työpaikkojen alkuperäiset hoitajat kuormittuvat liikaa uusien työntekijöiden perehdyttämisestä sekä uusien kollegiaalisten ja henkilökohtaisten suhteiden luomisesta. Työntekijöiden suuri vaihtuvuus vaikuttaa negatiivisesti potilasturvallisuuteen. (Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä 2014, 46, 51.)

Esimiesten tulisi olla valmiita tukemaan nuoria sairaanhoitajia ja heidän vaihtaessa työpaikkaa selvittää syy, miksi hän lähtee. Lähtiessään nuori sairaanhoitaja vaihtaa ensin työyksikköä, sitten organisaatiota ja lopulta hän vaihtaa ammattia kokonaan. Tästä syntyy siis tapahtumaketju, joka esimiehen on usein mahdollista estää ja vähentää nuorten sairaanhoitajien poistumista työyhteisöstä, organisaatiosta tai hoitoalalta. Nuorten sairaanhoitajien tarve työelämässä tulee kasvamaan vuosittain, kun vanhemmat hoitajat jäävät eläkkeelle, ja on laskettu, että vuoteen 2020 mennessä hoitajapula on pahimmillaan Euroopan unionissa. (Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä 2014, 46–47; Flinkman 2014.) Kun nuoret sairaanhoitajat viihtyvät ja pysyvät työssään, lisääntyy samalla koko organisaation vetovoimaisuus, ja siten myös seuraavaksi valmistuvat sairaanhoitajat kiinnostuvat työskentelystä kyseisessä sairaalassa.

4.3 Osallistava ja osallistuva johtaminen

Magneettisairaalassa johtaminen on näkyvää ja osallistavaa, eli henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Osastonhoitajat ovat helposti lähestyttäviä ja he toimivat lähijohtajina. Työntekijöitä kannustetaan, tuetaan ja heille annetaan mahdollisuus lisäkouluttaa itseään. Esimiehet ovat tärkeässä asemassa, kun yritetään kehittää ja luoda uusia palkitsemisjärjestelmiä hoitoalan vetovoimaisuuden lisäämisessä. Tulevaisuudessa pitäisi erityisesti kiinnittää huomiota aineettomaan palkitsemiseen, koska palkka ja muut edut eivät välttämättä riitä motivoimaan sairaanhoitajia tarpeeksi. Hyvällä palkitsemisjärjestelmällä houkutellaan uusia työntekijöitä ja lisätään nykyisten viihtyvyyttä. (Scott, Sochalski & Aiken 1999; Kärkkäinen 2010, 7.)

Sairanhoitajilla on oikeus hyvään johtamiseen ja tuen saamiseen esimieheltään. Osastonhoitaja on oikeutettu samanlaiseen kohteluun omalta esimieheltään eli ylihoitajalta. Johtajan tulee olla tavoitettavissa, mahdollistaa läsnäolonsa ja antaa mahdollisuus avoimeen kommunikaatioon. Hyvä vuorovaikutus on sekä johtajan että työntekijän kannalta tärkeää ja se edistää sairaanhoitajan sitoutumista työhönsä. (Orre 2009, 12, 16.)

Tärkeää johtamisen kannalta vetovoimaisissa organisaatioissa on tasavertaisuus vaikutusvallassa hoitotyön ylimmän johdon ja muun organisaation johdon kanssa. Tasavertaisuus näkyy koko hoitotyössä ja voimaannuttaa henkilöstöä, jolloin myös laadukas hoitotyö on mahdollista. Johtajien tulee olla korkeatasoisesti koulutettuja, ja tohtorikoulutus on suositeltavaa ylimmälle johdolle. (Partanen ym. 2008, 84.)

Vetovoimaisissa organisaatioissa johdon tulee antaa työntekijöille hyvät edellytykset työlle ja kuunnella työntekijöiden viestejä, jotta toimintaedellytykset voidaan turvata. Eduksi on myös, että hoitotyön työntekijöitä kuunnellaan, koska he ovat organisaation suurin työntekijäryhmä. Sairanhoitajien on suotavaa olla mukana aktiivisesti vaikuttamassa asioihin, joilla voidaan vaikuttaa heidän omaan työhönsä. Kun johtaminen on laadukasta, myös organisaation imago paranee ja vetää puoleensa osaavia ja taitavia johtajia. Vetovoimaisuus on siis hyväksi koko organisaatiolle. (Partanen ym. 2008, 85.)

Osastonhoitajien toimenkuva on muuttunut vuosien saatossa. 1980-luvulla osastonhoitajilta odotettiin kliinistä asiantuntijuutta ja osallistumista ongelmien ratkaisuun potilaan hoitotyössä. Uudelle vuosisadalle 2000-luvulle siirryttäessä heiltä odotettiin tarvittavista

resursseista huolehtimista, arvojohtamista ja moniammatillisen yhteistyön sekä ammatillisen itsenäisyyden toteutumisen tukemista sairaanhoitajien työssä. (Orre 2009, 10.) Tulevaisuudessa tärkeimmiksi tehtäviksi kuuluvat työnjohtotehtävät, kehittämis- ja yhteistyötehtävät sekä talous- ja henkilöstöhallinto (Kärkkäinen 2010, 11).

4.4 Palkitseminen vetovoimaisuuden lisääjänä

Palkitseminen organisaatioissa pitäisi olla selkeää ja helposti tulkittavaa. Työntekijöiden kanssa tulisi keskustella, mitä heiltä odotetaan ja mistä heitä palkitaan. Palkitseminen on yksi johtamisen haastavimpia osa-alueita, eikä sen erilaisia tapoja ole hyödynnetty suomalaisessa työ kulttuurissa kovinkaan paljoa. Palkitsemisen avulla yhdistetään organisaation ja yksilön näkökulma ja se on merkityksellistä työntekijälle. (Lammintakanen 2011, 253.)

Erilaisia tapoja palkita ovat palkka ja palkkiot, rahanarvoiset etuudet, kiitoksen ja arvostuksen antaminen, luovuuden ja itsensä kehittämisen vapaus, joustavuus ja vapaus työssä sekä lisähaasteet ja -vastuut. Aineellinen ja aineeton palkitseminen ovat kaksi erilaista tapaa palkita työntekijä. Aineellinen tarkoittaa peruspalkkaa, erilaisia henkilöstöetuja ja erikois-, aloite- ja tulospalkkioita. Aineettomiin kuuluu koulutus- ja kehittämismahdollisuudet, työn sisältö, työajan mahdolliset järjestelyt ja vakinainen työsuhde. (Lammintakanen 2011, 253.)

Magneettisairaaloissa sairaanhoitajat toivovat osastonhoitajan palkitsevan onnistuneista työsuorituksista tai ainakin antavan palautetta, mutta kumpikaan ei kuitenkaan aina toteudu. Suomessa on tutkittu sairaanhoitajien palautteen saamista osastonhoitajilta ja yli puolet sairaanhoitajista on sitä mieltä, että he eivät saa tarpeeksi palautetta. Myös palkitseminen koetaan puutteelliseksi. (Orre 2009, 14.) Näillä on koettu olevan paljon merkitystä työhön sitoutumisen ja työpaikan vetovoimaisuuteen, johon kuuluu olennaisena osana toimiva palkitsemisjärjestelmä. Järjestelmä antaa keinoja, joiden avulla voitaisiin selvittää tulevien vuosien henkilöstövajasta paremmin. (Partanen ym. 2008, 76; Kärkkäinen 2010, 13–14.)

Kärkkäisen (2010) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat aineettomalla palkitsemisella olevan erittäin paljon vaikutusta työpaikan vetovoimaisuuteen, mutta vetovoi-

maisuuuteen todettiin vaikuttavan eniten työsuhteen pysyvyys ja sen jatkuvuus sekä joustavat työajan järjestelyt. Edellä mainittuja tekijöitä pidettiin tärkeämpänä kuin kiitos työnantajalta tai palautteen saaminen. Osastonhoitajien näkökulmasta aineetonta palkitsemista oli melko paljon ja sillä koettiin olevan suuri vaikutus työntekijöiden työhyvinvointiin. (Kärkkäinen 2010, 42.)

Orren (2009) tutkimuksessa selvisi, että osastonhoitajat arvioivat pystyvänsä edistämään oman työyksikkönsä hoitotyön vetovoimaisuutta johtamisellaan. Osastonhoitajat kokivat olevansa hyvin työntekijöidensä tavoitettavissa ja he kävivät säännöllisesti kehityskeskusteluita heidän kanssaan. Osastonhoitajat olivat myös sitä mieltä, että työntekijöitä oli riittävästi turvalliseen ja hyvään potilashoittoon. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vähiten vetovoimaisuutta edistävät tekijät olivat palkitseminen työssä kehittymisestä ja palautteen saaminen omasta johtamisesta sekä säännöllisen palautteen antamisen puutteet. (Orre 2009, 47.)

Kärkkäinen (2010) toteaa työssään lähes jokaisen vetovoimatekijän sisältyvän aineetomaan palkitsemiseen. Organisaation johdon on otettava erityisesti huomioon aineeton palkitseminen halutessaan kehittää työyksikköään vetovoimaisempaan suuntaan. Erilaisissa vetovoimaisista sairaaloista tehdyissä tutkimuksissa palautteen antoa pidetään tärkeänä vaikuttajana sairaanhoitajien sitoutumisessa. Rakentavan palautteen antamista pidetään vetovoimaisuutta edistävänä tekijänä, jolloin osastonhoitaja voi tukea työntekijöitään kehittymään työssään. (Kärkkäinen 2010, 46, 49; Orre 2009, 10.) Turusen (2011) tutkimuksessa kävi myös ilmi, että osastonhoitajien palkitseminen ja palautteen antaminen onnistuivat heikoiten (Turunen 2011, 38).

4.5 Eettisyys johtamisessa

Eettisyys on filosofian haara, joka tutkii ihmisten ihanteellista käytöstä (Grohar & DiC-roce 1997, 100). Osastonhoitajat joutuvat pohtimaan päivittäin työssään eettisiä kysymyksiä (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012). Eettisyyden huomioiminen vetovoimaisissa sairaaloissa on hoitotyön johtajille tärkeää, sillä heidän täytyy tietää organisaation toimintaa ohjaavia arvoja. Magneettisairaaoloissa potilaat ja sairaanhoitajat kokevat eettistä turvallisuutta, joka ilmenee sairaanhoitajalla mahdollisuutena toimia työssään omi-

en arvojen mukaisesti ja edistää hyvää toimintaa, kunnioituksen saamisena autonomisena työntekijänä ja oman yksityisyyden säilyttämisenä yksittäisenä henkilönä ja sairaanhoitajana. Sairaanhoitaja voi tarpeen mukaan ottaa työyhteisössään esille eettisesti ongelmalliseksi koetut asiat. (Turunen 2011, 5; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 96.) Eettistä turvallisuutta kokiessaan sairaanhoitaja tuntee yhteiskunnan arvostavan työtään, mikä turvaa työn tärkeyden ja jatkuvuuden (Leino-Kilpi & Peltomaa 2008).

Yksi eettisen turvallisuuden perusta on yksityisyys, johon kuuluvat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja tiedollinen yksityisyys. Fyysisessä yksityisyydessä jokaisella sairaanhoitajalla on oikeus koskemattomuuteen ja turvalliseen työympäristöön. Psyykkisessä yksityisyydessä annetaan mahdollisuus omien mielipiteiden ilmaisuun ja niiden ehdottoman kunnioittavaan suhtautumiseen, jotta kukaan ei tule loukatuksi ja jotta avoimuus ei kärsi. Sosiaalisessa yksityisyydessä työryhmä on eheä, ja tiedollisella yksityisyydellä tarkoitetaan luottamusta, tietojen salassapitoa ja omista asioistaan kertomista haluamallaan tavalla. (Leino-Kilpi & Peltomaa 2008.)

Eettisistä periaatteista hoitotyön eettisten ongelmien ratkaisussa käytetään eniten autonomiaa, hyödyllisyyttä, hyvántahtoisuutta ja oikeudenmukaisuutta. Autonomia on potilaan oikeus kieltäytyä hoidoista ja sairaanhoitajan oikeus itseohjautuvuuteen. Hyödyllisyys näkyy hoitajien pyrkimyksessä ajaa potilaan asioita, jotta potilas saa parhaan mahdollisen hyödyn ja hoidon. Hyvántahtoisuus estää tuottamasta vahinkoa tai vaateita potilaalle ongelmatilanteissa. Vaikka valittavana olisi kahden pahan väliltä, hyvántahainen hoitotyön päätöksentekijä päättää asian aina potilaan parhaaksi. Oikeudenmukaisuus sisältää lainmukaisuuden, käytänteiden ja yhteisesti hyväksytyjen arvojen noudattamisen. Esimerkiksi potilailla on oikeus hyvään hoitoon, lääkäreiden määräyksiä pitää noudattaa ja työaika pitää käyttää tuottavasti. (Grohar & DiCrocce 1997, 104–105.)

Organisaatioissa johtajien tulee mahdollistaa työntekijöiden omien arvojen esille tuominen ja jokaisella pitää olla mahdollisuus vaikuttaa organisaation arvoperustaan. Eettisiä kysymyksiä tulee ottaa esille yksikkö- ja yksilötasolla, jotta organisaatio voi olla eettisesti turvallinen. Tämän mahdollistaa erilaiset eettiset keskustelu- ja ongelmanratkaisukerhot, eettisiä kysymyksiä käsittelevät kokoukset ja toimintarakenteet, joiden avulla voidaan tarkastella erilaisia eettisiä kysymyksiä työssä ja eettisissä täydennyskoulutuksissa. Hoitotyön johdon tulee kehittää täydennyskokouksia ja toimintatapoja eettisyyden huomioimiseen entistä enemmän. (Leino-Kilpi & Peltomaa 2008.)

Eettinen turvallisuus on vetovoimaisen sairaalan perusoletus. Kun sairaanhoitajien turvallisuutta edistetään, parannetaan samalla sairaalan vetovoimaisuutta. Eettisyys on huomioitava johtamisessa, jotta se voi olla onnistunutta. Johdon kuuluu toteuttaa korkeaa etiikkaa, koska esimiesten osoittama eettisyys luo uskottavuutta koko työyhteisölle. (Leino-Kilpi & Peltomaa 2008; Turunen 2011, 5.) Johtajien tulee olla oikeudenmukaisia, kuunnella työntekijöitään ja samalla näyttää esimerkkiä hyvästä eettisestä toiminnasta.

4.6 Näyttöön perustuvan hoitotyön hyödyntäminen johtamisessa

Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa ajantasaisen ja luotettavan tutkimustiedon harkinnanvaraista hyödyntämistä potilaan hoidossa. Tavoitteena on käyttää vaikuttavaksi havaittuja käytäntöjä ja hoitomenetelmiä niin, että potilas saa parasta mahdollista hoitoa. Hoitotyön johtaja mahdollistaa näyttöön perustuvan hoitotyön hyödyntämisen ja luo siihen toimintapolitiikan. (STM 2009, 53.) Sairaanhoitajien tulee pystyä käymään läpi erilaisia tutkimuksia kriittisesti ja arvioida, ovatko ne eettisesti luotettavia ja voiko niitä käyttää omassa työssään. Eri tutkimusvaiheiden eettiset vaatimukset ja tutkittavien oikeudet tulee myös tietää ja sairaanhoitajan on pystyttävä arvioimaan tutkimustulosten analyysin luotettavuutta, jotta tuloksia voisi käyttää omassa työssään. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 361, 370.) Osastonhoitajien tulisi varmistaa tutkimusten hyödyntämisen osaaminen rekrytoidessaan uusia työntekijöitä.

Vetovoimaiseksi sairaalaksi kehittyminen vaatii kaikilta organisaatioon kuuluvilta sitoutumista sairaanhoitajien kouluttamiseen ja heidän ammatilliseen kehittämiseen. Hoitotyön johtajien tehtävä on tukea sairaanhoitajia antamalla heille vastuuta potilaiden hoidosta, ja samalla he voivat käyttää vaikutusvaltaa hoitotyöhön ja sen kehittämiseen. Osastonhoitajat koetaan kouluttautumisen mahdollistajina, toivomusten kuuntelijoina ja hoitajien kykyjen ja taitojen hyödyntäjinä. Osastonhoitajat tukevat sairaanhoitajia kouluttautumaan etenkin työajalla ja siihen pitää mahdollistaa tarvittavat tilat ja laitteet. (Karkos & Peters 2006; Turunen 2011, 10.) Osastonhoitajat toimivat tieteellisen tiedon käytössä esimerkkinä työntekijöilleen, ja siksi heidän tulee seurata alansa uusinta tieteellistä tietoa (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 46).

Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen ja toteuttamiseen vaikuttavat erityisesti organisaation johtamismallit ja hoitotyön toimintamallit, joihin kuuluvat henkilöstöresurssit. Työntekijöiden tietojen ja taitojen kehittyminen ja vahva osaaminen mahdollistuvat, kun johtoportaan eri tasoilla työskentelevien ammattikuntien edustajat ovat tavoitteellisia ja valmiita edistämään ja vahvistamaan työympäristön kehittämistä. Tiedon tarvitsee kulkea, jotta se välittyy myös johtoportaalalle. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 45.)

Magneettisairaaloissa hoitotyön tutkimuksia pidetään erittäin tärkeinä ja niitä hyödynnetään hoitotyön kehittämisessä. Erityisesti näyttöön perustuvia hoitotyön tutkimuksia on hyvä soveltaa käytäntöön. Niiden avulla hoitohenkilökunta on ymmärtänyt, että toimintatapoja kannattaa välillä muuttaa. Hoitotyön tutkimuksien hyödyntämiseen käytännössä tuo haastetta ajankäyttö, osastonhoitajan riittävä tuki ja tietotaito tutkimusten lukemiseen. Sairaanhoitajat tarvitsevat osastonhoitajan tukea ja kannustusta, jotta hoitotyön käytäntöjä ja vanhoja näkemyksiä voidaan uudistaa. Sairaanhoitajille tulisi luoda mahdollisuuksia ja aikaa osallistua koulutuksiin, joissa opetellaan käyttämään tutkimustietoa kriittisesti ja tuetaan tutkimustulosten viemistä käytäntöön. (Karkos & Peters 2006; Turunen 2011, 11–12.) Vetovoimaisissa sairaaloissa hoitohenkilökuntaa kannustetaan olemaan kriittisiä tutkimustiedon suhteen (Turunen 2011, 12) ja ne ovatkin edelläkävijöitä uuden tutkitun tiedon ja taidon soveltamisessa käytäntöön (Hahtela & Mäkipää 2011, 164).

5 TUTKIMUSMENETELMÄ

5.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivisen tutkimuksen eli määrällisen tutkimuksen avulla saadaan yleiskuva muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Muuttujaksi kutsutaan asiaa, josta halutaan kerätä tietoa. Muuttujia mitataan kysely-, haastattelu- tai havainnointilomakkeen avulla ja niitä kutsutaan mittareiksi. Mittarin avulla saadaan sekä määrällinen tieto että määrälliseen muotoon muutettava sanallinen tieto asiasta, jota halutaan tutkia. Määrällisessä tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeerisesti ja menetelmä vastaa samalla kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. (Vilka 2007, 13–14.)

Valitsimme kvantitatiivisen menetelmän, koska opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää vetovoimatekijöiden toteutuminen, ja sen mittaamiseen tarvitaan tietoa suurelta kohderyhmältä ja tarvittava tieto on numeerista. Mitä suurempi osallistujamäärä on kyseessä, sen tarkemmat ja todenmukaisemmat tulokset ovat. Määrälliselle tutkimukselle on tavanomaista, että vastaajia on runsaasti. Kyselylomake soveltuu parhaiten aineiston keräämisen tavaksi, kun tutkittavia on suuri määrä ja he ovat erillään toisistaan. (Vilka 2007, 17, 28.)

5.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja testaus

Käytimme mittarina kyselylomaketta (liite 1), johon on avattu magneettisairaalamallin 14 vetovoimatekijää. Määrällisessä tutkimuksessa tulee tietää tarkasti tutkimuksen kohde (Vilka 2007, 37). Vetovoimatekijät on avattu 46 väittämäksi, joiden toteutumista omalla työpaikallaan vastaaja arvioi asteikolla 1–5, täysin eri mieltä – täysin samaa mieltä. Tällaista asteikkoa kutsutaan likertin asteikoksi, jossa samanmielisyys kasvaa toiseen suuntaan mentäessä ja toisessa suunnassa se vähenee (Vilka 2007, 46). Keskimäinen luku kolme tarkoittaa, että vastaaja ei ole samaa eikä eri mieltä.

Jokaisesta vetovoimatekijästä tehtiin muutama samantyyppinen väittämä, koska haluttiin lisätä tutkimuksen luotettavuutta, testata vastaako vastaaja samantyyppisissä kysymyksissä samalla tavalla vai eri tavalla sekä välttää kysymysten väärin tulkitseminen ja

jakaa vetovoimatekijöiden sisältö erillisiin yksinkertaisiin kysymyksiin. Käsitteet ovat määriteltävä niin, että jokainen tutkimukseen vastaava henkilö ymmärtää kysymykset samalla tavalla. Muuten tutkimuksen tulokset eivät ole luotettavia, eikä niitä voida yleistää. (Vilkkä 2007, 37.) Kysymysten järjestys oli satunnainen (taulukko 2). Kyselylomakkeen lopussa on yksi avoin kysymys työhön sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä, ja niihin saadut vastaukset voivat antaa työelämäyhteydelle arvokasta tietoa määrällisten tutkimustulosten lisäksi.

TAULUKKO 2. Vetovoimatekijöiden kysymysjako

| Vetovoimatekijä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------------|---------------|---------------|---------------|
| Kysymykset | 1,3,16 | 6,7,35,45 | 9,37,46 | 11, 14, 32, 33 | 15, 17, 36 | 18, 27, 29 | 21, 22, 40 |
| Vetovoimatekijä | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Kysymykset | 24, 25, 26 | 12, 20, 28 | 13, 30, 31 | 2, 8, 19, 23, 34 | 10, 38, 39 | 41, 42, 43 | 4, 5, 44 |

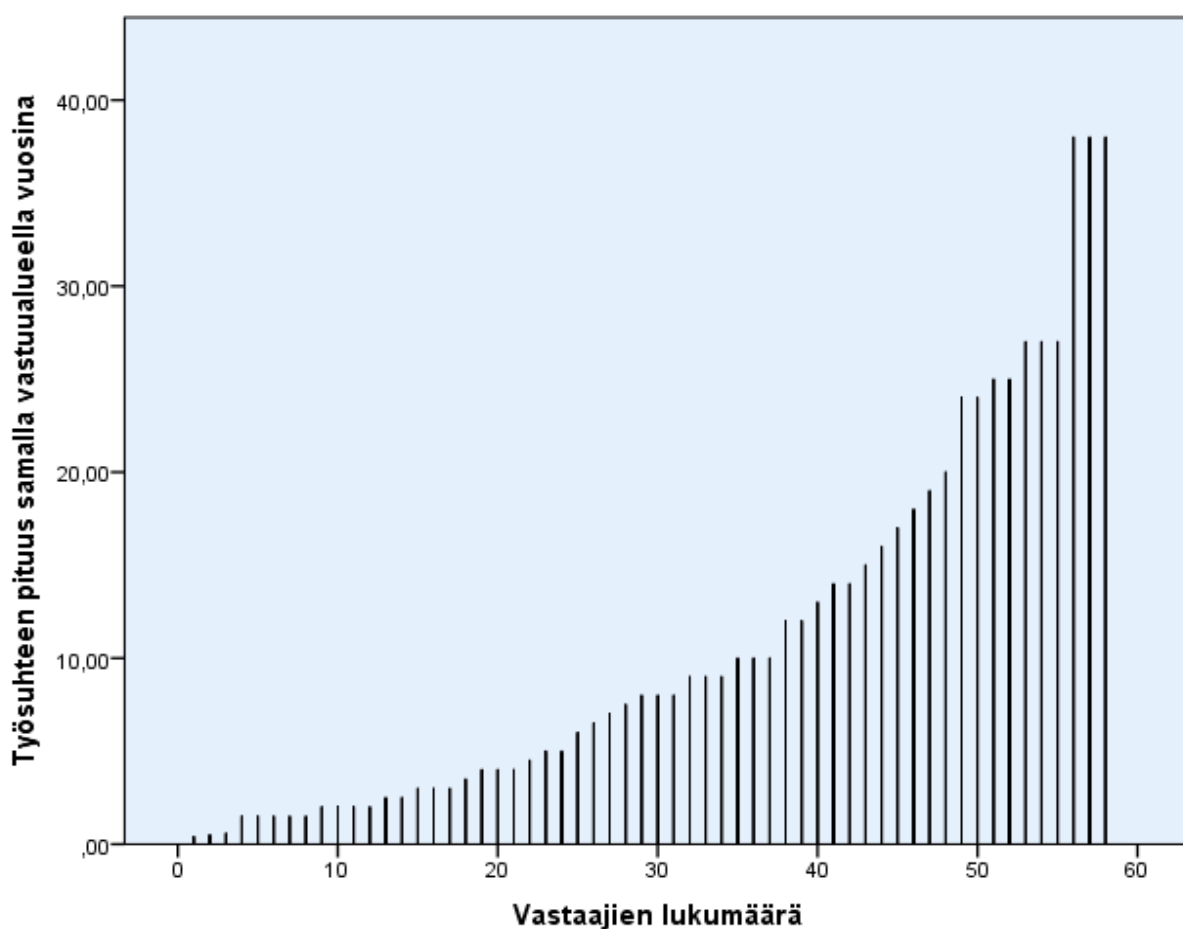
Kyselylomaketta testattiin ennen sen käyttöönottoa lähettämällä se muutamalle tutkimuksen ulkopuolella olevalle sairaanhoitajalle ja sairaanhoitajaopiskelijalle. Saimme heiltä kommentteja ja muokkausehdotuksia liittyen väittämien ymmärrettävyyteen ja tyyliin sekä huomioita kyselylomakkeen yleisistä tekijöistä kuten täyttöohjeista. Samantyylisten kysymysten toisto ihmetytti testajia, mutta luotettavuuden lisääminen oli ymmärrettävää. Kysely toteutettiin e-lomakkeella, joten saimme selville myös kyselyn tekniset toiminnot. Näin testasimme kyselyn toimivuuden. Lähetimme myös erikseen työelämäyhteyshenkilölle kyselylomakkeemme kommentoivaksi ja häneltä saimme hyviä muokkaus ehdotuksia.

5.3 Aineiston keruu ja analysointi

Kohderyhmänä olivat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhden vastualueen sairaanhoitajat, joille lähetettiin työsähköpostiin sähköisessä muodossa saatekirje (liite 2), jossa oli

linkki kyselymme e-lomakkeelle. Vastaaminen tapahtui nimettömästi. Kyselylomakkeella kysyttiin ammattinimike, työsuhteen pituus samalla vastuualueella ja työyksikkö eli osasto, jossa vastaaja työskentelee. Näin varmistuimme siitä, että vastaajat ovat sairaanhoitajia ja oikealta vastuualueelta, sekä voimme tutkia työntekijöiden työsuhteen pituuden vaikutuksia tuloksiin. Lähetimme kyselyn marras-joulukuussa 2014 tutkimuskohteen sairaanhoitajille osastonhoitajien välityksellä. Vastaajille annettiin kolme viikkoa vastausaikaa ja puolivälissä lähetimme muistutuksena kyselyn uudestaan osastonhoitajien välityksellä.

Saimme vastauksia 58 kappaletta. Vastuualueella oli kyselymme aikana töissä yhteensä 275 sairaanhoitajaa, eli kyselymme vastausprosentti oli 21 %. Kaikki lomakkeet olivat täytetty täydellisesti eli jokainen vastaaja oli vastannut jokaiseen vetovoimatekijäkysymykseen. Vain avoimeen kysymykseen noin puolet oli jättänyt vastaamatta, mutta se ei vaikuta tutkimustuloksiin magneettisairaalan toteutumisen osalta. Kaikki vastaajat olivat sairaanhoitajia ja heidän työsuhteidensa pituudet samalla vastuualueella vaihtelivat neljästä kuukaudesta 38 vuoteen (kuvio 2).



KUVIO 2. Työsuhteiden pituudet pituusjärjestyksessä

Täytetyt kyselylomakkeet siirrettiin SPSS -tilasto-ohjelmistoon, jonka avulla analysoimme tuloksia. Tutkimme jokaisen väittämän keskiarvoa ja keskihajontaa sekä kunkin vastausvaihtoehdon 1–5 vastausprosenttia. Tämän jälkeen kysymykset jaettiin vetovoimatekijöihin ja selvitettiin, mitkä ovat kunkin vetovoimatekijän kysymysten keskiarvot. Näiden keskiarvojen avulla laskettiin vetovoimatekijän kokonaiskeskiarvo, joka antaa viitteellistä tietoa vetovoimatekijän toteutumisesta kysymystensä summana. Koimme kokonaiskeskiarvon auttavan hahmottamaan vetovoimatekijöiden toteutumista, sillä se kokoaa erikseen analysoidut tulokset yhteen ja tekee vetovoimatekijöistä vertailtavia ja siten auttaa vastaamaan tehtävänantoon. Vetovoimatekijät koostuvat väitteistään ja kokonaiskeskiarvo huomioi jokaisen väitteen tasavertaisena osana vetovoimatekijän toteutumista. Kysymysten vastausjakaumat ovat esillä taulukoissa ja ne auttavat hahmottamaan, kuinka yhtenevät kunkin vetovoimatekijän kysymysten vastaukset ovat keskenään.

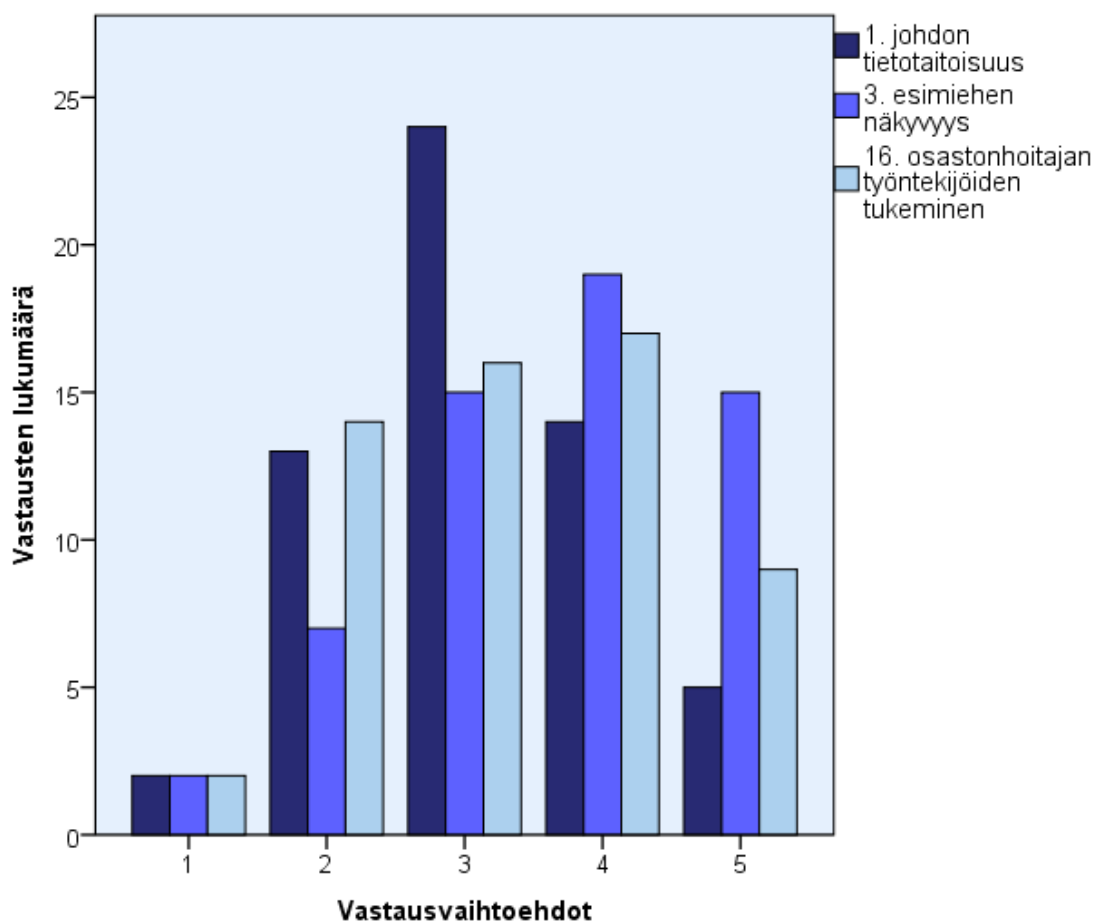
6 TULOKSET

6.1 Vetovoimatekijöiden toteutuminen

Vetovoimatekijöiden kyselyn vastausasteikko 1–5 väliltä täysin eri mieltä – täysin samaa mieltä jaotellaan 1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei eri eikä samaa mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä. Tulosten keskiarvojen ja vastausmäärien analysoinnissa ja tulkinnassa käytetään asteikkoa 1 = tyydyttävä, 2 = kohtalainen, 3 = hyvä, 4 = kiitettävä ja 5 = erinomainen.

6.1.1 Hoitotyön johtamisen laatu

Hoitotyön johtamisen laadun (1. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 1, 3 ja 16 (kuvio 3). Ne mittasivat johdon tietotaitoisuutta (1.), esimiehen näkyvyyttä hoitohenkilökunnalle (3.) sekä osastonhoitajan työntekijöiden tukemista (16.). Vastausten keskiarvot ovat 3,12 (1.), 3,66 (3.) ja 3,29 (16.). Keskiarvot ovat lähellä toisiaan eli vastaukset vahvistavat toisiaan ja mittaustulosta. Vastausten keskiarvoista saadaan 1. vetovoimatekijän toteutumisen keskiarvo, joka on 3,36. Keskiarvona 3,36 on keskitasoa hyvä, eli toteutuminen ei aivan yllä kiitettävälle tasolle. Vetovoimatekijää parhaiten toteutti esimiehen näkyvyys, kun taas johdon tietotaitoisuus oli heikointa.



KUVIO 3. Hoitotyön johtamisen laadun kysymysten vastausjakaumat

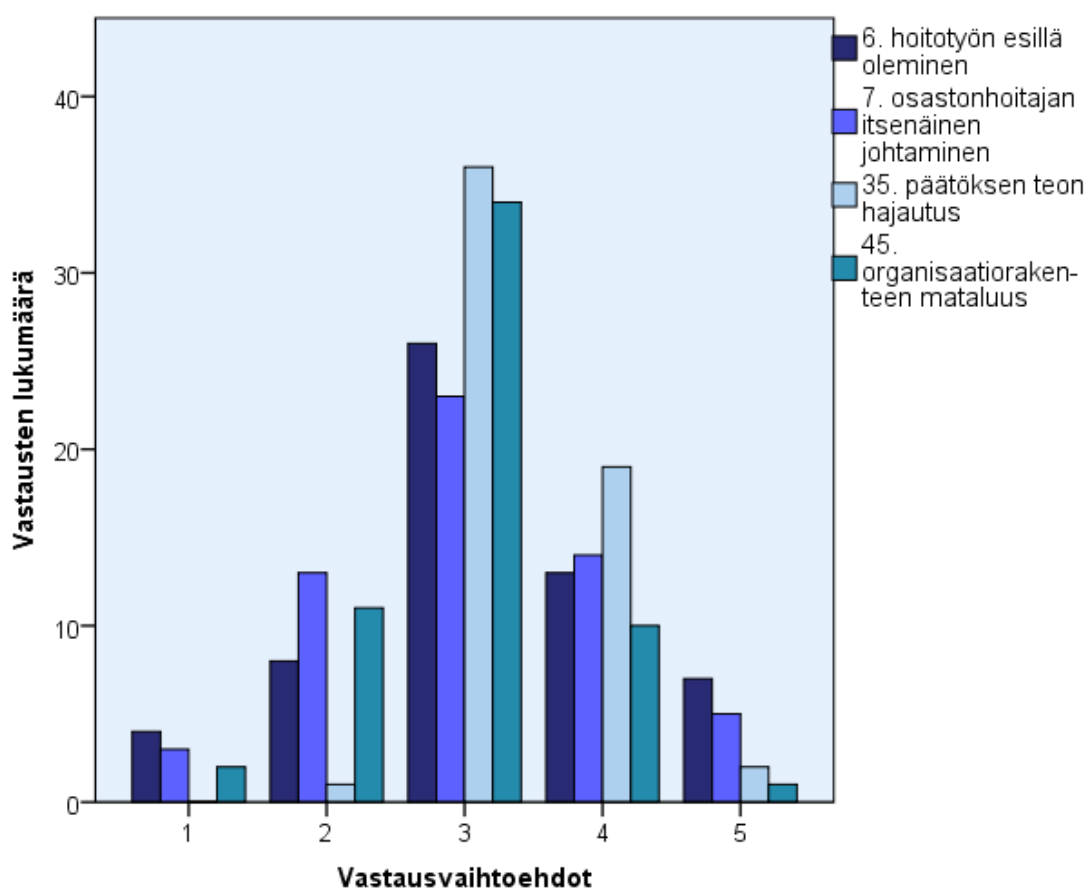
Vastaajista kaksi viidesosaa oli sitä mieltä, että johdon tietotaitoisuus toteutui keskitasoisesti. Neljäsosa vastaajista oli jokseenkin tai täysin eri mieltä ja kolmasosa oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä tietotaitoisuuden toteutumisesta. Vastausjakauma on lähes symmetrinen, mikä vahvistaa keskiarvoa ja tulosta, joka on hyvä.

Esimiehen näkyvyydestä oltiin eniten jokseenkin samaa mieltä, jonka vastasi kolmasosa. Täysin samaa mieltä ja ei samaa eikä eri mieltä olivat kumpaakin viidesosa vastaajista. Eri mieltä oli vähiten, joista täysin eri mieltä oli vain kaksi vastaajaa. Esimiehen näkyvyys on lähempänä kiitettävää kuin hyvää.

Osastonhoitajan työntekijöiden tukeminen sai eniten jokseenkin samaa mieltä -vastauksia, joita tuli vähän alle kolmasosalta vastaajista. Vähän yli neljäsosa ei ollut samaa eikä eri mieltä osastonhoitajan tuesta ja vähän alle neljäsosa oli jokseenkin eri mieltä. Osastonhoitajan työntekijöiden tukemisesta täysin samaa mieltä oli lähes joka kuudes. Vain kaksi koki, ettei osastonhoitaja tue lainkaan työntekijöitä. Osastonhoitajan työntekijöiden tukeminen toteutuu vahvasti arvosanalla hyvä.

6.1.2 Matala organisaatorakenne

Matalan organisaatorakenteen (2. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 6, 7, 35 ja 45 (kuvio 4). 6. kysymys mittasi, kuinka vahvasti hoitotyö on esillä kaikilla organisaation tasoilla, 7. kysymys osastonhoitajan osaston johtamista itsenäisesti, 35. kysymys, kuinka hajautettua päätöksenteko sairaalan johdossa on ja 45. kysymys organisaatorakenteen mataluutta ja päätöksentekoa yksilötasolla. Kysymysten keskiarvot ovat 3,19 (6.), 3,09 (7.), 3,38 (35.) ja 2,95 (45.) eli keskiarvot ovat lähellä toisiaan, mikä vahvistaa tulosta. Vastausten kokonaiskeskiarvo on 3,15, mikä tarkoittaa, että 2. vetovoimatekijän toteutuminen on keskitasoa eli hyvä. Vastausten keskiarvoilla on tosin eroa 0,43 pistettä, mikä kertoo tulosten hajonnasta ja tarkoittaa, että vetovoimatekijän sisäiset asiat toteutuvat eritasoisesti. Parhaiten toteutui hajautettu päätöksenteko sairaalan johdossa ja heikoiten toteutui organisaation rakenne ja päätöksenteko yksilötasolla.



KUVIO 4. Matalan organisaatorakenteen kysymysten vastausjakaumat

Hoitotyön esillä oleminen kaikilla organisaation tasoilla sai keskelle painottuvan vastausjakauman. Ei samaa eikä eri mieltä oli 43 % vastaajista, kun taas jokseenkin eri mieltä

oli 14 % vastaajista ja täysin eri mieltä oli 7 %. Jokseenkin samaa mieltä oli 22 % ja täysin samaa mieltä 12 % vastaajista. Vastausten keskiarvo 3,19 vastaa hyvää, joten hoitotyön esillä oleminen organisaation tasoilla toteutuu hyvin.

Osastonhoitajan osaston itsenäinen johtaminen sai tasaisesti symmetrisen vastausjakauman, jossa peilikuvan pylväät ovat sijoittuneet lineaarisesti eli pylväät muodostavat kolmion vaaka-akselin kanssa. Tämän kysymyksen vastaukset ovat jakautuneen tasaisesti 2. vetovoimatekijän kysymyksistä eli hajonta on suuri. Eniten vastauksia eli kaksi viidesosaa sai ei samaa eikä eri mieltä -vastaus. Yhden vastauksen eli alle 2 % erolla jokseenkin samaa mieltä ja jokseenkin eri mieltä saivat kumpikin noin 22 % vastauksista. Täysin eri mieltä oli 5 % ja täysin samaa mieltä 9 %. Vastausjakauman symmetrisyys tukee keskiarvoa 3,09, mistä voidaan tulkita osastonhoitajan osaston itsenäinen johtaminen hyväksi. On kuitenkin hyvä huomioda, että vastaajat olivat jokseenkin erimielisiä itsenäisen johtamisen toteutumisesta.

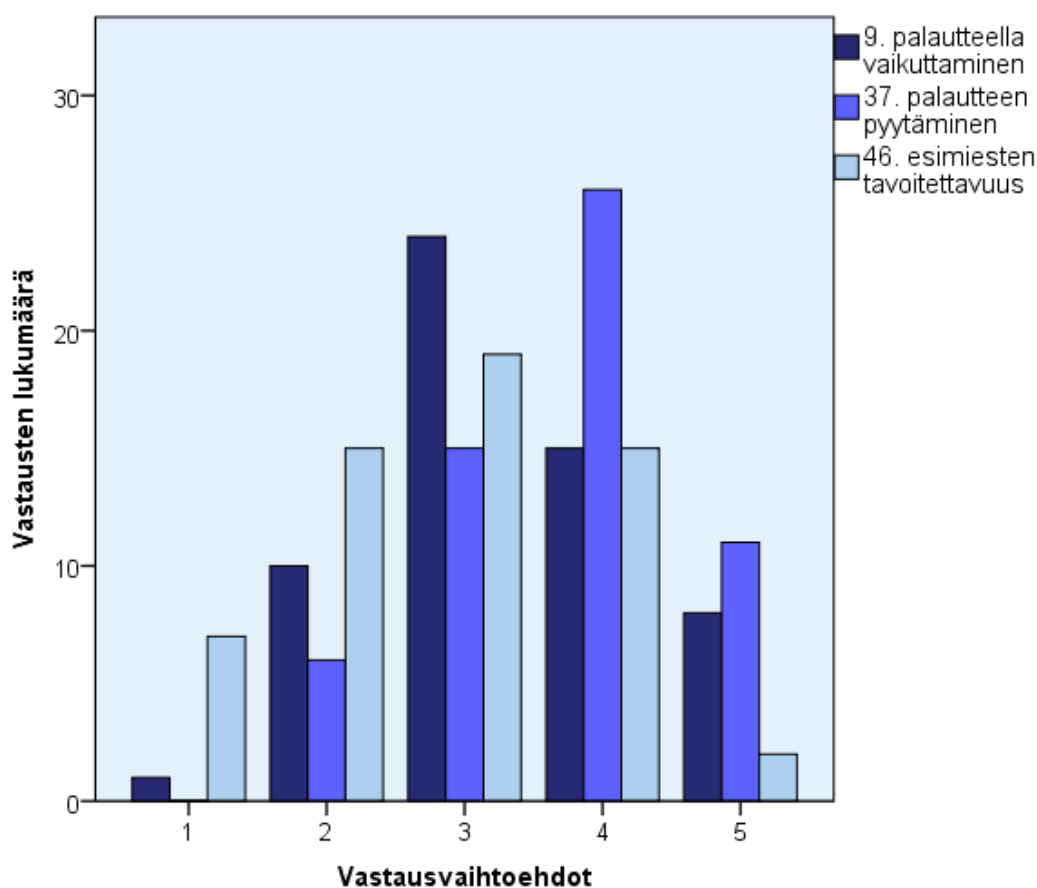
Päätöksenteon hajautus sairaalan johdossa sai selkeästi eniten ei samaa eikä eri mieltä -vastauksia, joita oli 60 % vastauksista. 33 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä. Kaksi vastaajaa oli täysin samaa mieltä ja vain yksi vastaaja oli eri mieltä. 95 % vastaajista vastasi kolmosen tai nelosen, joten päätöksenteon hajautuksen toteutuminen on vahvasti hyvän ja kiitettävän välissä, josta kertoo myös keskiarvo 3,38.

Organisaatorakenteen mataluus ja päätöksenteko yksilötasolla -väittäjä sai myös symmetrisen vastausjakauman, mutta se on selkeästi painottunut keskelle eli ei samaa eikä eri mieltä -vastaukseen, joita oli 60 % vastauksista. Yhden vastauksen erolla jokseenkin eri ja samaa mieltä olevia oli vähän alle 20 %. Täysin eri mieltä olevia oli kaksi vastaajaa ja täysin samaa mieltä oli vain yksi vastaaja. Kolmen vastauksen erolla vastausten keskiarvo on alle kolme eli 2,97, jonka mukaan organisaatorakenteen mataluus ja päätöksenteko yksilötasolla toteutuu lähes hyvin.

6.1.3 Osallistava johtamisen tyyli

Osallistavan johtamisen tyylin (3. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 9, 37 ja 46 (kuviot 5). 9. kysymys selvitti, voiko antamalla palautetta vaikuttaa työpaikalla, 37. kysymys onko palaute kaivattua työpaikalla ja 46. kysymys lähentääkö osas-

tonhoitaja sairaanhoitajaa ja esimiehiä. Kysymysten keskiarvot ovat 3,33 (9.), 3,72 (37.) ja 2,83 (46.). Keskiarvojen suurin ero on 0,89, eli vajaan arvon. Kokonaiskeskiarvoksi tulee 3,29, joka on hyvä, mutta on hyvä huomioda, ettei esimiesten läheisyys itsenäisesti ole aivan hyvän tasoa.



KUVIO 5. Osallistavan johtamisen tyylin kysymysten vastausjakaumat

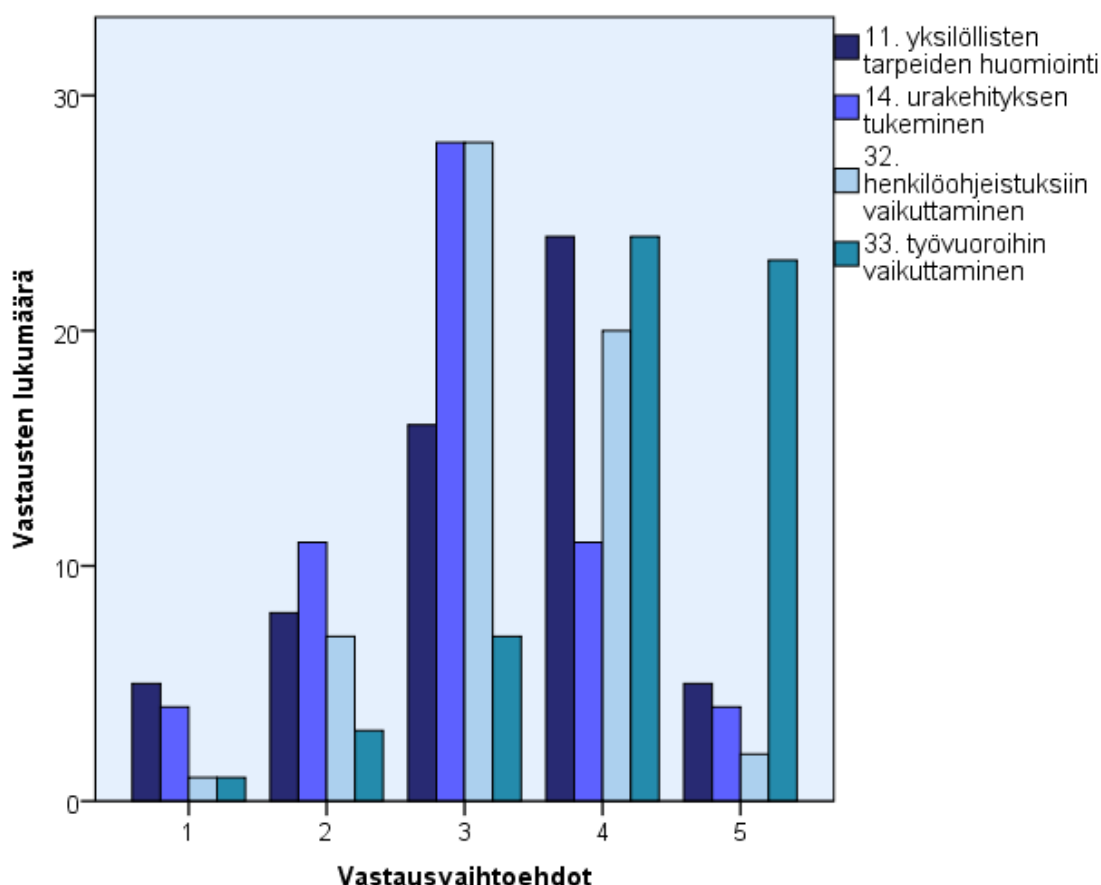
Palautteella vaikuttaminen työpaikalla sai eniten ei samaa eikä eri mieltä -vastauksia, joita oli 45 %. Jokseenkin samaa mieltä oli 26 % ja täysin samaa mieltä oli 14 %. Jokseenkin eri mieltä oli 17 % ja vain yksi oli täysin eri mieltä. Vastaukset painottuivat palautteella vaikuttamisen toteutumiseen ja keskiarvo 3,33 antaa arvosanan hyvä.

Kaivataanko palautetta työpaikalla -kysymyksen vastaukset jakautuivat jokseenkin eri mieltä ja täysin samaa mieltä välille, eli yksikään ei ollut täysin eri mieltä. Jokseenkin samaa mieltä oli suurin osa 43 %. Ei samaa eikä eri mieltä oli 26 %, täysin samaa mieltä 19 % ja jokseenkin eri mieltä 10 %. Toteutumisen puolelle painottuvan jakauman keskiarvo oli 3,72, jonka mukaan työpaikalla kaivataan palautetta työntekijöiltä hyvin.

Esimiesten ja hoitajien lähentäminen koettiin eri tavoin. Enemmistö 31 % ei ollut samaa eikä eri mieltä ja jokseenkin eri ja samaa mieltä olevia oli kumpaakin 26 %. Täysin eri mieltä oli 12 %, eli näiden mukaan esimies ei lähennä hoitajien ja esimiesten suhdetta lainkaan. Vain kaksi vastaajaa oli täysin samaa mieltä väitteen kanssa. Keskiarvon mukaan hoitajien ja esimiesten lähentämisen toteutuminen jää alle hyvän tason.

6.1.4 Henkilöstökäytänteet ja -ohjelmat

Henkilöstökäytänteiden ja -ohjelmien (4. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 11, 14, 32 ja 33 (kuvio 6). Kysymys 11 mittaa, kuinka organisaatiossa huomioidaan sairaanhoitajien yksilölliset tarpeet, jotta ne tukevat työn ja vapaa-ajan tasapainoa. Kysymys 14 mittaa organisaation sairaanhoitajien urakehityksen tukemista, 32 mittaa henkilöstöohjeistusten laatimista yhteistyössä hoitajien kanssa ja 33 mittaa sairaanhoitajan vaikutusmahdollisuuksia omien työvuorojen suunnittelussa. Keskiarvot näistä kysymyksistä ovat 3,28 (11.), 3,00 (14.), 3,26 (32.) ja 4,12 (33.). Työvuoroihin vaikuttaminen toteutui parhaiten kysytyistä asioista saadessaan kiitettävän keskiarvoksi. Muut kolme kohtaa toteutuvat keskenään lähes yhtä hyvin, mutta yhden arvon verran työvuoroihin vaikuttamista huonommin eli hyvin. Vetovoimatekijän kokonaiskeskiarvo on 3,42 eli hyvän ja kiitettävän puolivälissä.



KUVIO 6. Henkilöstökäytäntöiden ja -ohjelmien kysymysten vastausjakaumat

Organisaation käytäntö huomioida sairaanhoitajien yksilölliset tarpeet toteutui viiden vastaajan mielestä täysin ja viiden vastaajan mielestä ei toteutunut lainkaan. Jokseenkin samaa mieltä oli 41 % enemmistönä. Ei samaa eikä eri mieltä oli 28 % ja jokseenkin eri mieltä oli 14 %. Keskiarvon 3,28 mukaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi on hyvää.

Sairaanhoitajien urakehityksen tukeminen sai täysin symmetrisen vastausjakauman. Ei samaa eikä eri mieltä oli suurin osa 47 %. Jokseenkin eri ja samaa mieltä oli kumpaakin 19 % ja täysin eri ja samaa mieltä oli kumpaakin 7 %. Täysi symmetrisyys tuo keskiarvon keskimmäiseen lukuun, jonka perusteella urakehityksen tukeminen toteutuu hyvin jakaen tasaisesti mielipiteitä puolesta ja vastaan.

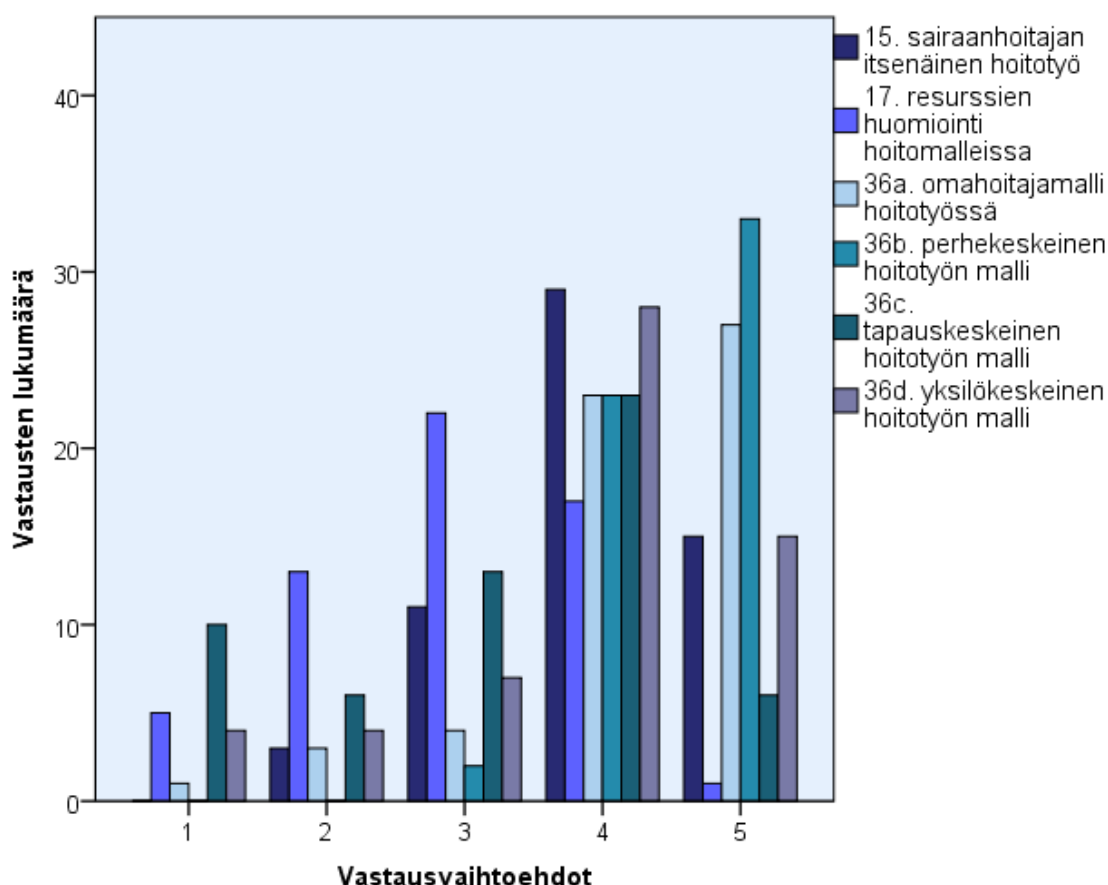
Henkilöstöohjeistusten laatiminen yhteistyössä hoitajien kanssa sai eniten ei samaa eikä eri mieltä -vastauksia, joita oli 47 %. Vastaajat olivat toiseksi eniten 34 % jokseenkin samaa mieltä ohjeistusten laatimisesta yhteistyössä. Täysin samaa mieltä oli kaksi vastaajaa. 12 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä ja vain yksi oli täysin eri mieltä. Vasta-

usten keskiarvolla 3,26 henkilöstöohjeistusten laatiminen yhteistyössä hoitajien kanssa toteutuu hyvin.

Vaikutusmahdollisuudet työvuorojen suunnitteluun toteutuu kiitettävästi. Jokseenkin ja täysin samaa mieltä on 81 % vastaajista. Seitsemän vastaajaa ei ole samaa eikä eri mieltä, kolme vastaajaa on jokseenkin eri mieltä ja vain yksi vastaaja on täysin eri mieltä. Samaa mieltä oleminen nostaa työvuoroihin vaikutusmahdollisuuksien keskiarvon yli neljään eli työntekijän on mahdollista vaikuttaa omien työvuorojen suunnitteluun kiitettävästi.

6.1.5 Ammatilliset hoidon mallit

Ammatillisten hoidon (5. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 15, 17 ja 36 (kuvio 7). 15. kysymys mittaa, vastaavatko sairaanhoitajat itsenäisesti korkealaatuisesta hoitotyöstä, 17. onko hoitomalleissa huomioitu tarvittavat resurssit suhteessa potilaiden tarpeisiin ja kysymys 36. onko hoitotyössä käytössä hoitotyön mallit omahoitajuus (a), perhekeskeinen (b), tapauskeskeinen (c) ja yksilökeskeinen hoitotyö (d). Kysymysten keskiarvot ovat 3,97 (15.), 2,93 (17.), 4,24 (36a.), 4,53 (36b.), 3,16 (36c.) ja 3,79 (36d.). Suurin keskiarvojen välinen ero on 1,6, joka on suurin vetovoimatekijän sisäisten tulosten ero. Laskemalla 36. kysymyksen vastausten kokonaiskeskiarvo ja käyttämällä sitä vetovoimatekijän kysymysten kokonaiskeskiarvon laskennassa saadaan kokonaiskeskiarvoksi 3,61, jonka mukaan ammatilliset hoidon mallit toteutuvat erittäin hyvin, mutta eivät aivan kiitettävästi.



KUVIO 7. Ammatillisten hoidon mallien kysymysten vastausjakaumat

Sairaanhoitajien itsenäinen korkealaatuinen hoitotyö ei saanut yhtään täysin eri mieltä olevaa vastausta ja jokseenkin eri mieltä oli vain kolme vastaajaa. 48 % oli jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä oli 26 %. Ei samaa eikä eri mieltä oli 19 %. Vastausjakauma painottuu itsenäisen korkealaatuisen hoitotyön osalta kiitettävän puolelle ja siitä kertoo myös keskiarvo, joka on 3,97.

Tarvittavien resurssien huomiointi jakaa vastaajien mielipiteitä. 38 % vastaajista ei ole samaa eikä eri mieltä, 29 % on jokseenkin samaa mieltä ja 22 % on jokseenkin eri mieltä. Vain yksi on täysin samaa mieltä ja viisi kokee, ettei tarvittavien resurssien huomiointi toteudu lainkaan. Vastausten keskiarvo jää 2,93:een, mikä kertoo, että resurssien huomiointi toteutuu lähes hyvin.

Hoitotyössä käytössä olevista hoitotyön malleista omahoitajuus toteutuu toiseksi parhaiten. Vastauksista jokseenkin ja täysin samaa mieltä on 86 %. Neljä vastaajaa ei ole samaa eikä eri mieltä, kolme vastaajaa on jokseenkin eri mieltä ja yksi vastaaja on täysin

eri mieltä. Enemmistön mielestä omahoitajuusmallin käyttö toteutuu kiitettävästi ja erinomaisesti ja keskiarvo 4,24 kertoo saman asian numeraalisesti.

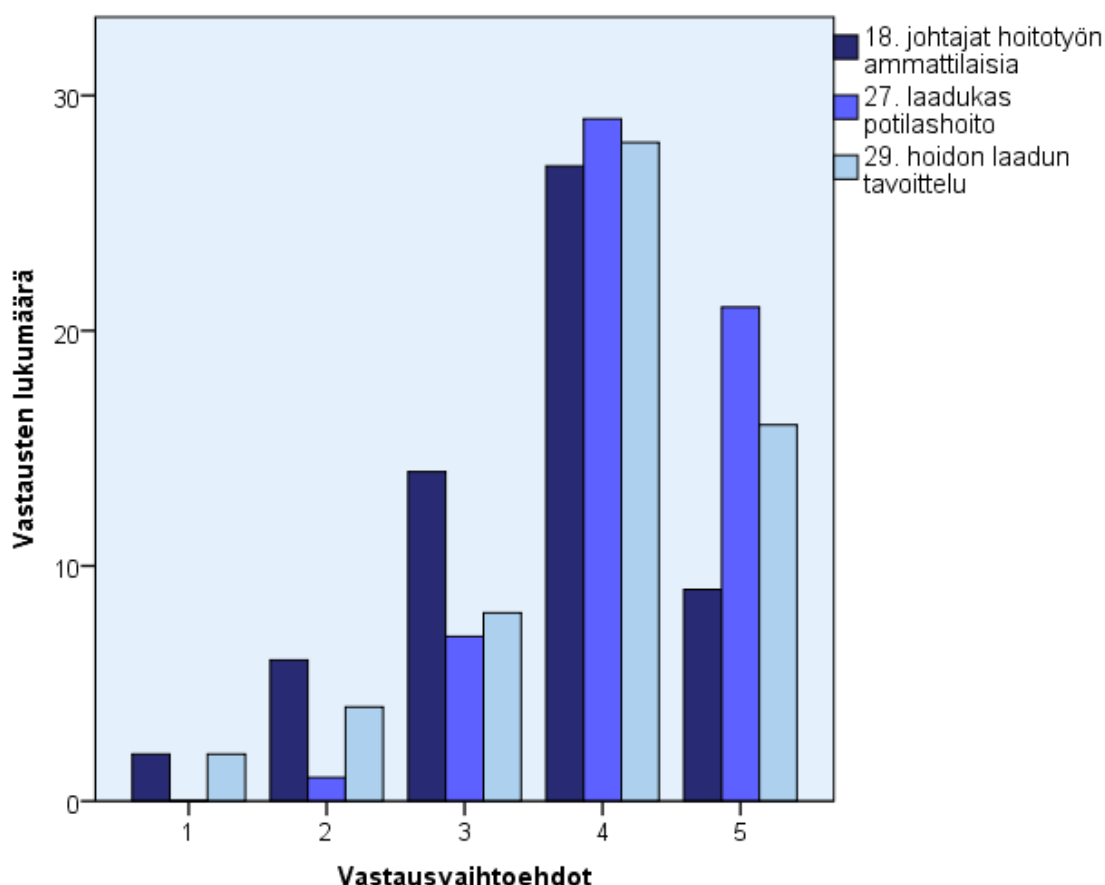
Hoitotyössä käytössä olevista malleista perhekeskeinen hoitotyö toteutuu parhaiten, sillä vastaajista jopa 97 % kokee mallin toteutuvan kiitettävästi tai erinomaisesti. Täysin samaa mieltä oli 57 % vastaajista. Vain kaksi vastaajaa 58 vastaajasta ei ole samaa eikä eri mieltä, eikä yksikään ole eri mieltä. Kysymyksen keskiarvo on 4,53, jonka mukaan perhekeskeisen hoitotyön malli toteutuu kiitettävän ja erinomaisen välillä.

Hoitotyössä käytössä olevista malleista tapauskeskeisen hoitotyön malli toteutuu vähiten. Vastausjakauma on aaltomainen. 40 % vastaajista on jokseenkin samaa mieltä mallin käytöstä. 10 % vastaajista on täysin samaa mieltä ja 10 % on jokseenkin eri mieltä. 22 % ei ole samaa eikä eri mieltä mallin käytöstä ja 17 % vastaajista kokee, ettei mallia käytetä. Keskiarvo on 3,16, mikä tarkoittaa, että tapauskeskeisen hoitotyön mallin toteutuminen on keskiarvoisesti hyvää.

Hoitotyössä käytössä olevista malleista yksilökeskeinen hoitotyö toteutui kolmanneksi parhaiten. Jokseenkin samaa mieltä mallin toteutumisesta on 48 % vastaajista ja 26 % on täysin samaa mieltä eli yhteensä 74 % piti mallin toteutumista kiitettävänä tai erinomaisena. 12 % ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä ja 7 % oli jokseenkin eri mieltä ja toiset 7 % täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvolla 3,79 yksilökeskeisen hoitotyön mallin toteutuminen lähenee kiitettävää.

6.1.6 Hoidon laatu

Hoidon laadun (6. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 18, 27 ja 29 (kuvio 8). 18. kysymys mittasi, ovatko hoitotyön johtajat myös hoitotyön ammattilaisia, 27. hoitaako hoitohenkilökunta potilaita laadukkaasti ja 29. onko hoidon laatu organisaation keskeinen tavoite. Hoitotyön johtajien koettiin olevan hoitotyön ammattilaisia keskiarvolla 3,60, hoitohenkilökunta hoitaa potilaita laadukkaasti keskiarvolla 4,21 ja hoidon laatu on organisaation keskeinen tavoite sai keskiarvoksi 3,90. Kokonaiskeskiarvo on 3,90, jonka mukaan hoitotyön laatu on lähes kiitettävällä tasolla. Keskiarvojen hieman heitellessä vastausjakaumat ovat kuitenkin jokseenkin yhtenevät, mikä vahvistaa hoidon laadun toteutumisen kokonaisarvoa.



KUVIO 8. Hoidon laadun kysymysten vastausjakaumat

Johtajat hoitotyön ammattilaisina -kysymyksestä enemmistö 47 % oli jokseenkin samaa mieltä. Täysin samaa mieltä oli 16 % ja ei samaa eikä eri mieltä oli 24 % vastaajista. Kuusi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä ja kaksi vastaajaa koki, etteivät hoitotyön johtajat ole hoitotyön ammattilaisia lainkaan. Vastausten keskiarvo on 3,60, eli hoitotyön johtajat koettiin olevan hoitotyön ammattilaisia kiitettävän suuntaisesti.

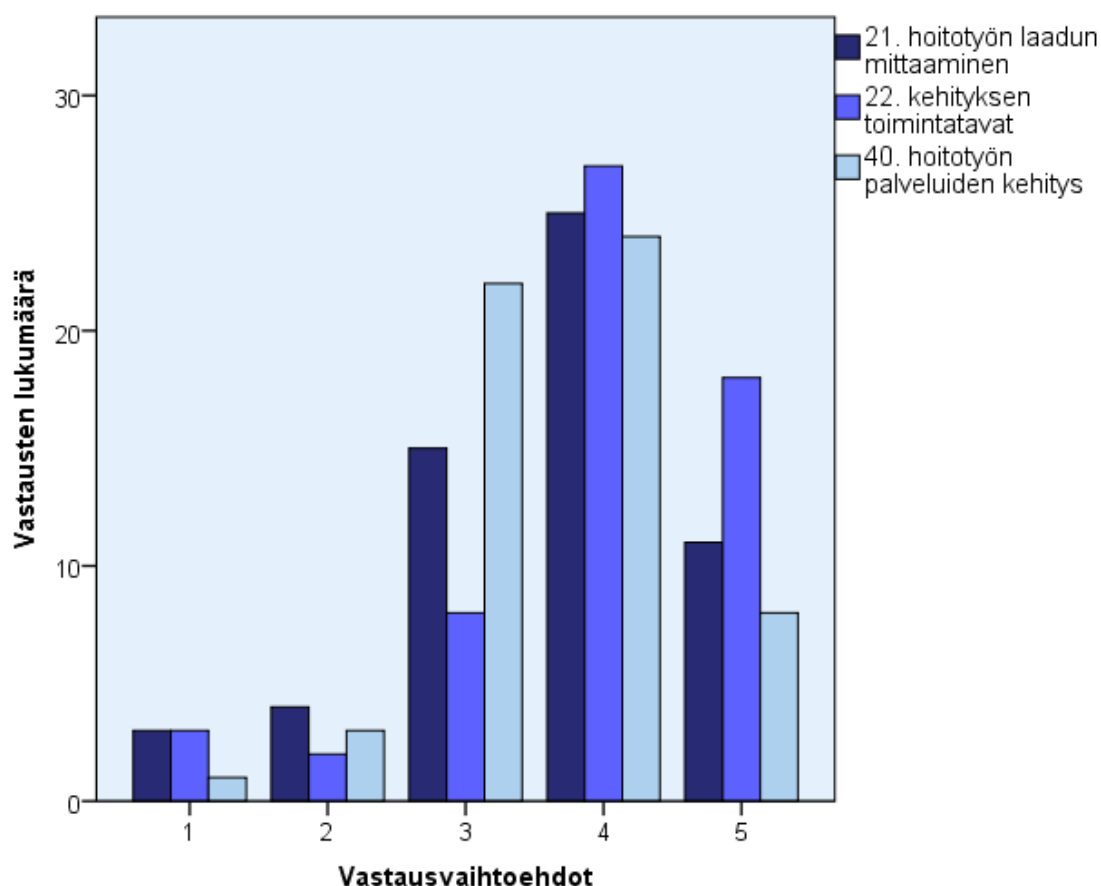
Hoitohenkilökunnan laadukkaan potilashoidon vastaukset painottuivat kiitettävän ja erinomaisen puolelle, kun vastauksista 86 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Täysin samaa mieltä oli 8 vastausta vähemmän kuin jokseenkin samaa mieltä. Ei samaa eikä eri mieltä oli seitsemän vastausta ja vain yksi oli missään määrin eri mieltä. Täysin eri mieltä ei ollut yksikään vastaaja. Keskiarvoksi vastauksista tuli 4,21, joka on viidenneksen yli kiitettävän, eli hoitohenkilökunta hoitaa potilaita kiitettävän laadukkaasti.

Hoidon laatu organisaation keskeisenä tavoitteena koettiin suurimmaksi osaksi toteutuvan. 48 % vastaajista oli toteutumisesta jokseenkin samaa mieltä ja 28 % täysin samaa mieltä, mikä tekee yhteensä 76 % samaa mieltä olevia. Ei samaa eikä eri mieltä oli 14 %

ja eri mieltä oli 10 %. Vastaukset painottuivat kiitettävän puolella ja keskiarvoksi tuli 3,90, joka tukee hoidon laadun olemista organisaation keskeisenä tavoitteena kiitettävästi.

6.1.7 Laadukas kehitys

Laadukkaan kehityksen (7. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 21, 22 ja 40 (kuvio 9). 21. kysymys mittasi organisaation hoitotyön laadun mittausta, 22. kysymys organisaation toimintatapoja hoitotyön kehittämiseksi (esim. koulutukset, osastotunnit, tuote-esittelyt, asiantuntijapalvelut) ja 40. kysymys hoitotyön palveluiden kehittämistä. Kysymysten keskiarvot ovat 3,64 (21.), 3,95 (22.) ja 3,60 (40.). Keskiarvojen hajonta eli keskinäinen ero on 0,35. Kokonaiskeskiarvo on 3,73, joka jää alle kolmasosapisteen kiitettävästä, mikä kertoo laadukkaan kehityksen toteutuvan oikein hyvin.



KUVIO 9. Laadukkaan kehityksen kysymysten vastausjakaumat

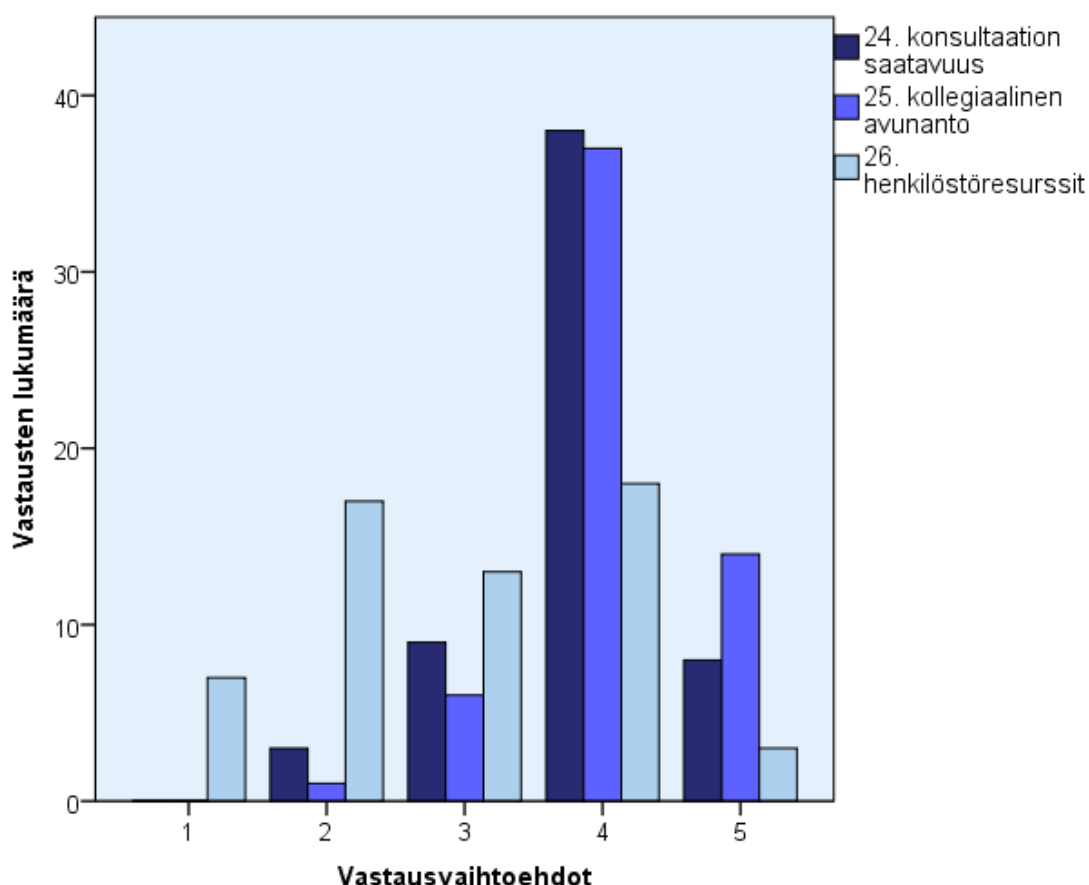
Organisaation hoitotyön laadun mittaus sai puolivälin paremmalle puolelle painottuvan vastausjakauman. 43 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä laadun mittauksen toteutumisesta ja 19 % oli täysin samaa mieltä. Ei samaa eikä eri mieltä oli 26 % ja eri mieltä olevia oli joka kahdeksas vastaaja. 3,64 vastausten keskiarvona kertoo organisaation laadun mittauksen olevan kiitettävän suuntaisella tasolla sairaanhoitajien mielestä.

Toimintatapoja hoitotyön kehittämiseksi on vastaajien mielestä lähes kiitettävästi. Jokseenkin samaa mieltä toimintatapojen toteutumisesta on lähes puolet vastaajista ja täysin samaa mieltä on vielä kolmannes, eli yhteensä toteutumisen puolesta vastasi 78 %. Ei samaa eikä eri mieltä oli 14 % ja eri mieltä olivat viisi vastaajaa. Vastausten keskiarvo on 3,95, jonka mukaan organisaatiolla on lähes kiitettävästi toimintatapoja hoitotyön kehittämiseksi.

Hoitotyön palveluiden kehittämisestä oltiin suurimmaksi osaksi jokseenkin samaa mieltä tai ei mitään mieltä. Jopa 80 % vastasi toisen näistä. Täysin samaa mieltä oli 14 % ja hoitotyön palveluiden kehittämisen toteutumisesta eri mieltä oli neljä vastaajaa eli 7 % yhteensä. Suuri ei samaa eikä eri mieltä -vastausten määrä tuo keskiarvon 3,60:teen, jonka mukaan hoitotyön palveluiden kehittäminen toteutuu hyvän ja kiitettävän välillä.

6.1.8 Konsultointi ja resurssit

Konsultoinnin ja resurssien (8. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 24, 25 ja 26 (kuvio 10). 24. kysymys mittasi, onko konsultaatiota nopeasti saatavilla (esim. asiantuntijahoitajat, kokeneet hoitajat, lääkärit), 25. edistääkö työyhteisö kollegiaalista avunantoa ja 26. onko organisaatiolla riittävät henkilöstöresurssit. Näiden kysymysten vastausten keskiarvot olivat 3,88 (24.), 4,10 (25.) ja 2,88 (26.). Kokonaiskeskiarvo on 3,62, mutta se on tämän vetovoimatekijän kohdalla huono mittari, sillä kysymyskohtaiset keskiarvot ovat kaukana toisistaan. Suurimman ja pienimmän keskiarvon ero on 1,22. Tämä tarkoittaa, että kollegiaalinen avunanto toteutuu oikein kiitettävästi, mutta henkilöstöresursointi toteutuu kohtalaisesti, ja tällöin vetovoimatekijän toteutuminen arvioidaan paikoin paremmin ja paikoin huonommin toteutuvaksi.



KUVIO 10. Konsultoinnin ja resurssien kysymysten vastausjakaumat

Konsultaation saatavuuden toteutumisesta oltiin voimakkaasti jokseenkin samaa mieltä vastauksia ollen 66 %. Tämän päälle täysin samaa mieltä oli 14 %. Ei samaa eikä eri mieltä oli 16 % ja vain kolme vastaaja oli saatavuudesta jokseenkin eri mieltä. Täysin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista. Keskiarvokin nousee lähes neljään tehden konsultaation saatavuudesta lähes kiitettävää.

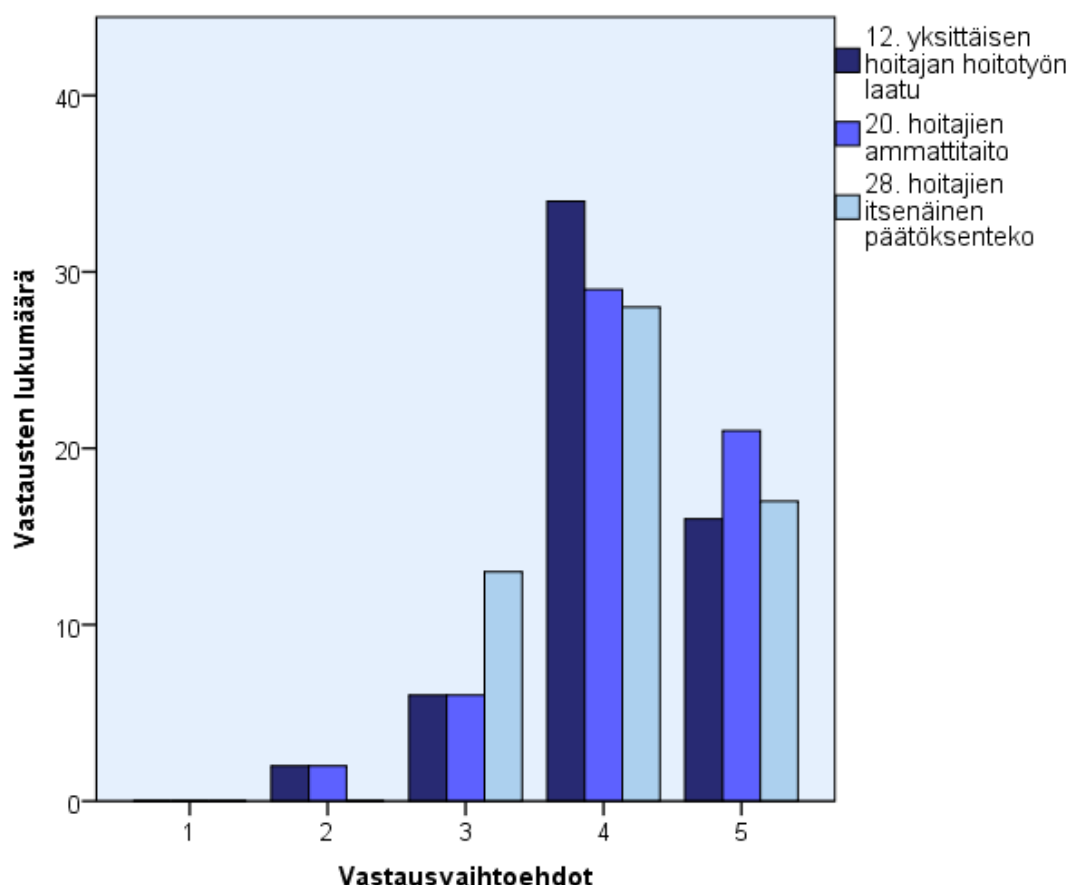
Työyhteisön kollegiaalisen avunannon edistäminen saa edellisen kysymyksen kaltaisen vastausjakauman, jossa vastaajista suurin osa eli 64 % on toteutumisesta jokseenkin samaa mieltä. Täysin samaa mieltä olevia on 24 % eli yhteensä 88 % vastaajista on toteutumisen kannalla. Kuusi vastaajaa ei ole samaa eikä eri mieltä, ja vain yksi vastaaja on eri mieltä. Lähes kaikki vastaukset arvioivat toteutumisen hyväksi tai paremmaksi, ja sen mukaan keskiarvo on 4,10, eli kollegiaalisen avunannon edistäminen toteutuu vähintään kiitettävästi.

Riittävät henkilöstöresurssit ovat 7. vetovoimatekijän vähiten toteutuva kohta. Vastausjakauma on aaltomainen ääripäiden saadessa vähän vastauksia, mutta keskikohdan ol-

lessa myös viereisiä arvoja matalampi. Kun keskimmäisiä arvoja on vähän, se tarkoittaa, että suurimmalla osalla vastaajista on kysytystä asiasta mielipide. Suurimmat vastusmäärät muodostuivat jokseenkin eri ja samaa mieltä -vastauksista, joista ensimmäinen sai 29 % vastauksista ja jälkimmäinen sai 31 % vastauksista. 22 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Kolme vastaajaa koki henkilöstöresurssien olevan täysin riittävät, mutta seitsemän vastaajaa koki niiden olevan täysin riittämättömät. Keskiarvo jää 2,88:aan, joka kertoo henkilöstöresurssien riittävyyden olevan alle hyvän tasolla.

6.1.9 Itsenäisyys

Itsenäisyyden (9. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 12, 20 ja 28 (kuvio 11). 12. kysymys mittasi yksittäisen hoitajan hoitotyön laatua, 20. sairaanhoitajien ammattitaitoisuutta ja 28. sairaanhoitajien itsenäistä päätöksentekoa hoitotyössä. Kysymysten keskiarvot ovat 4,10 (12.), 4,19 (20.) ja 4,07 (28.). Jo kaikki keskiarvot erikseen ovat yli kiitettävän rajan, joten kokonaiskeskiarvokin on kiitettävä 4,12. Keskihajonta on vain 0,12. Huomioitavaa on myös, ettei yksikään kysymys saanut yhtään täysin eri mieltä -vastausta eli vastaajat pitivät itsenäisyyden toteutumista onnistuneena.



KUVIO 11. Itsenäisyyden kysymysten vastausjakaumat

Yksittäisen sairaanhoitajan hoitotyön laadukkuus toteutui vastaajista 86 % mielestä ja näistä 29 % oli täysin samaa mieltä. Ei eri eikä samaa mieltä olevia oli kuusi ja vain kaksi oli jokseenkin eri mieltä hoitotyön laadukkuudesta hoitajilla. Keskiarvo 4,10 kertoo yksittäisen sairaanhoitajan hoitotyön laadun olevan vastausten perusteella yleisesti kiitettävällä tasolla.

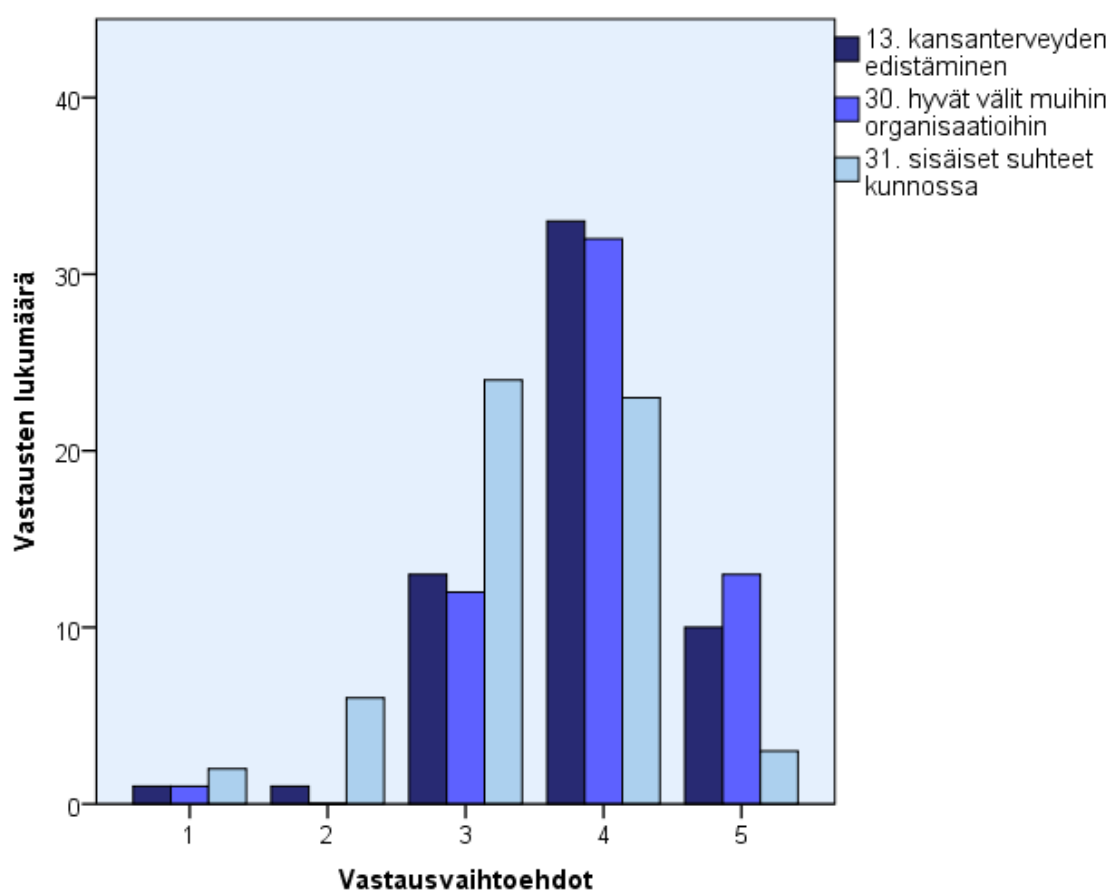
Sairaanhoitajien ammattitaitoisuus sai lähes samanlaisen vastausjakauman, jossa vastauksista 86 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Tässä tosin täysin samaa mieltä olevia oli 36 % vastaajista. Kuusi vastaaja ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä. Keskiarvo on myös vähän parempi 4,19, eli sairaanhoitajat koettiin kiitettävän ammattitaitoisiksi.

Sairaanhoitajien itsenäinen päätöksenteko ei saanut yhtään toteutumisen vastaista vastausta. 22 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä ja loput 78 % olivat samaa mieltä. Täysin samaa mieltä olevia oli 29 % ja jokseenkin samaa mieltä olevia oli 49 %. Kes-

kiarvo on 4,07, jonka mukaan sairaanhoitajien itsenäinen päätöksenteko on kiitettävän puolella.

6.1.10 Yhteisö ja terveydenhuolto-organisaatio

Yhteisön ja terveydenhuolto-organisaation (10. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 13, 30 ja 31 (kuvio 12). 13. kysymys mittasi kansanterveyden edistämistä yhteistyössä ulkopuolisten organisaatioiden (esim. terveyskeskukset, toiset sairaalat, avopalvelut, poliklinikat) kanssa, 30. onko työyhteisöllä hyvät välit ulkopuolisiin organisaatioihin (esim. terveyskeskukset, toiset sairaalat, avopalvelut, neuvolat, KELA, koulut, poliklinikat) ja 31. ovatko organisaation sisäiset suhteet kunnossa. Kysymysten keskiarvot ovat 3,86 (13.), 3,97 (30.) ja 3,33 (31.). Yhteistyössä kansanterveyden edistäminen ja hyvät välit organisaation ulkopuolelle ovat keskiarvoiltaan lähellä toisiaan jääden vähän kiitettävästä arvosta ja sisäiset suhteet jäävät hyvän tasolle. Vetovoimatekijän kokonaiskeskiarvoksi tulee 3,72.



KUVIO 12. Yhteisön ja terveydenhuolto-organisaation kysymysten vastausjakaumat

Kansanterveyden edistäminen yhteistyössä toteutuu jokseenkin 57 % vastaajan mielestä. 17 % vastaajista on täysin samaa mieltä toteutumisesta ja 22 % ei ole samaa eikä eri mieltä. Eri mieltä on ainoastaan kaksi vastaajaa, joista toinen on jokseenkin ja toinen täysin samaa mieltä. Vastaukset painottuvat samaa mieltä oleviin vastauksiin, joita on 74 % kaikista vastauksista. Vastausten keskiarvo 3,86 kertoo myös samaa, että kansanterveyden edistäminen yhteistyösuhteissa ulkopuolisten organisaatioiden kanssa lähenee kiitettävää.

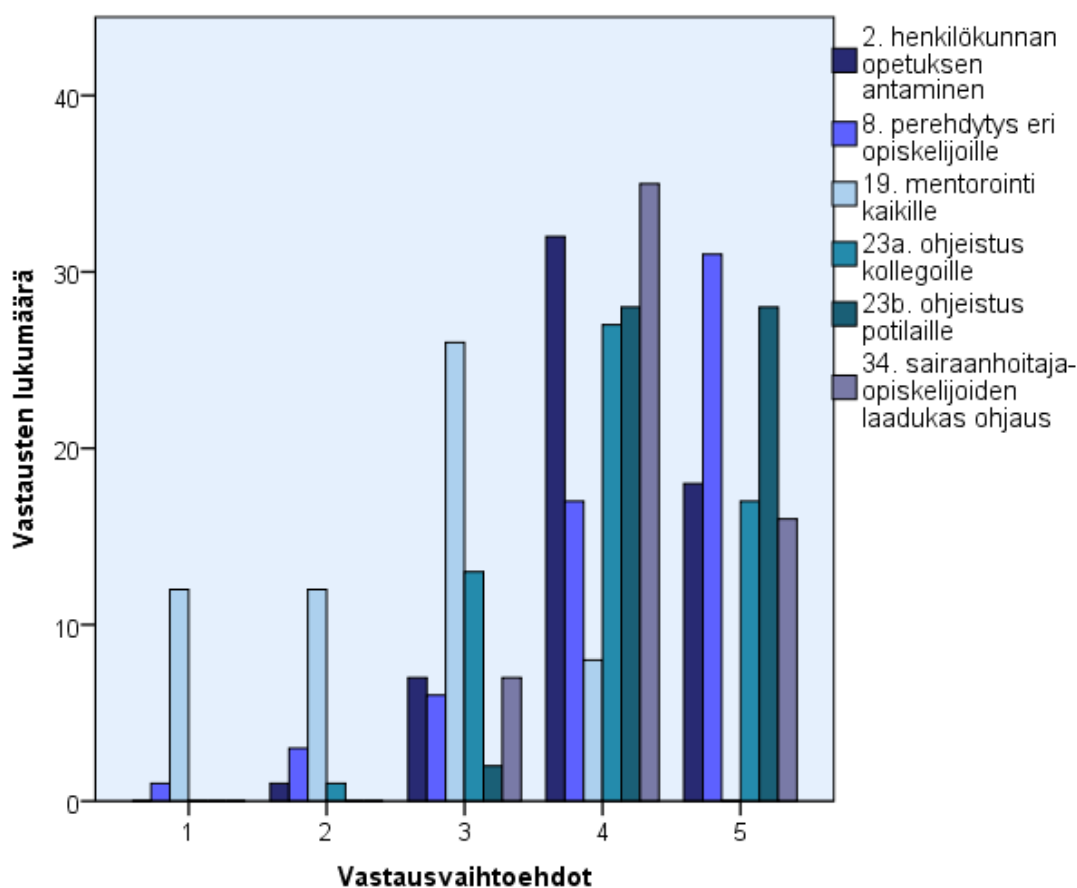
Työyhteisön hyvät välit ulkopuolisiin organisaatioihin saa edellistä vastaavan vastausjakauman, jossa vastaukset ovat 98 %:sesti kolme tai enemmän. Vain yksi vastaaja on täysin eri mieltä. 55 % on jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä olevia on 22 % vastaajista. Viidesosa ei ole samaa eikä eri mieltä. Vastausten painottuessa samaa mieltä oleviin on myös niiden keskiarvo 3,97, jonka mukaan työyhteisöllä on kiitettävää hipovan hyvät välit ulkopuolisiin organisaatioihin.

Organisaation sisäisten suhteiden kunnossa oleminen sai edellistä keskemälle painotuvan vastausjakauman. Vastaajista 39 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 41 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Täysin samaa mieltä olevia vastaajia oli kolme. Kuusi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä ja kaksi vastaajaa oli täysin eri mieltä organisaation sisäisten suhteiden kunnossa olemisesta. Vastausten keskiarvo 3,33 on lähempänä hyvää kuin kiitettävää, joten sairaanhoitajien mielestä organisaation sisäiset suhteet ovat hyvällä tasolla.

6.1.11 Hoitajien toimiminen opettajina ja kouluttajina

Hoitajien opettajina ja kouluttajina toimimisen (11. vetovoimatekijä) toteutumista mittaivat kysymykset 2, 8, 19, 23 ja 34 (kuvio 13). 2. kysymys mittasi, antavatko kaikki henkilökunnan jäsenet opetusta ja ohjausta, 8. perehdyttääkö organisaatio eri oppilaitosten opiskelijoita, 19. onko kaiktasoisille sairaanhoitajille mentorointi- tai kehitysohjelmia, 23. antavatko sairaanhoitajat ohjeistusta sekä kollegoille (a) että potilaille (b) sekä suullisesti että kirjallisesti ja 34. saavatko sairaanhoitajaopiskelijat laadukasta ohjausta. Kysymysten keskiarvot ovat 4,16 (2.), 4,28 (8.), 2,52 (19.), 4,03 (23a.), 4,45 (23b.) ja 4,16 (34.). Keskiarvoista 19. kysymyksen keskiarvo poikkeaa muiden kysy-

mysten keskiarvosta. Poikkeama parhaasta keskiarvosta on 1,93 pistettä. Kokonaiskeskiarvo jää hieman kiitettävän alapuolelle 3,93 tämän tuloksen takia, mutta kohtalaisesti toteutuvan yhden väittämän kanssaakin 11. vetovoimatekijä toteutuu kiitettävästi. Parhaiten toteutui ohjeistusten antaminen potilaille.



KUVIO 13. Hoitajien opettajina ja kouluttajina toimimisen kysymysten vastausjakauma

Henkilökunnan opetuksen ja ohjauksen antamisesta yli puolet vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä. Kolmasosa oli täysin samaa mieltä, eli 86 % vastaajista koki opetuksen antamisen toteutuvan. 12 % ei ollut samaa eikä eri mieltä ja vain yksi vastaaja oli jokseenkin eri mieltä. Vastausten keskiarvo on 4,16, jonka mukaan henkilökunnan opetuksen ja ohjauksen antaminen toteutuu kiitettävästi.

Organisaation eri oppilaitosten opiskelijoiden perehdyttäminen sai eksponentiaalisesti nousevan vastausjakauman. Perehdyttämisestä täysin eri mieltä olevia oli yksi ja jokseenkin eri mieltä olevia oli kolme vastaajaa. Kuusi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä. 82 % vastaajan mielestä perehtyminen toteutuu, ja samaa mieltä olevista täysin

samaa mieltä olevia oli lähes kaksinkertainen määrä. Myös keskiarvo on 4,28, joka vastaa vähintään kiitettävää arvosanaa perehdytettävien laajuudesta.

Mentorointiohjelmia kaikentasoisille sairaanhoitajille toteutui vastaajien mukaan huonosti. Vastaajista viidesosa oli toteutumisesta täysin eri mieltä ja viidesosa oli jokseenkin eri mieltä. Ei samaa eikä eri mieltä olevia oli 45 % ja 14 % vastaajista oli sitä mieltä, että mentorointi ohjelmia kaikille sairaanhoitajille on jokseenkin käytössä. Yksikään vastaaja ei ollut asiasta täysin samaa mieltä. Vastausten keskiarvokin on vain 2,52, joka jää kohtalaiseksi tulokseksi mentorointiohjelmien toteutumisesta.

Sairaanhoitajien ohjauksen antaminen kollegoille ei kenenkään mielestä jäänyt täysin toteutumatta. Yksi vastaaja ylipäättään oli jokseenkin eri mieltä ohjauksen toteutumisesta. 22 % ei ollut samaa eikä eri mieltä ja vastaushuippu tuli jokseenkin samaa mieltä -vastauksista, joita on 47 % vastauksista. Loput 29 % kokee ohjauksen antamisen kollegoille toteutuvan täysin. Keskiarvon 4,03 mukaan kollegoiden ohjaaminen toteutuu lähes kiitettävästi.

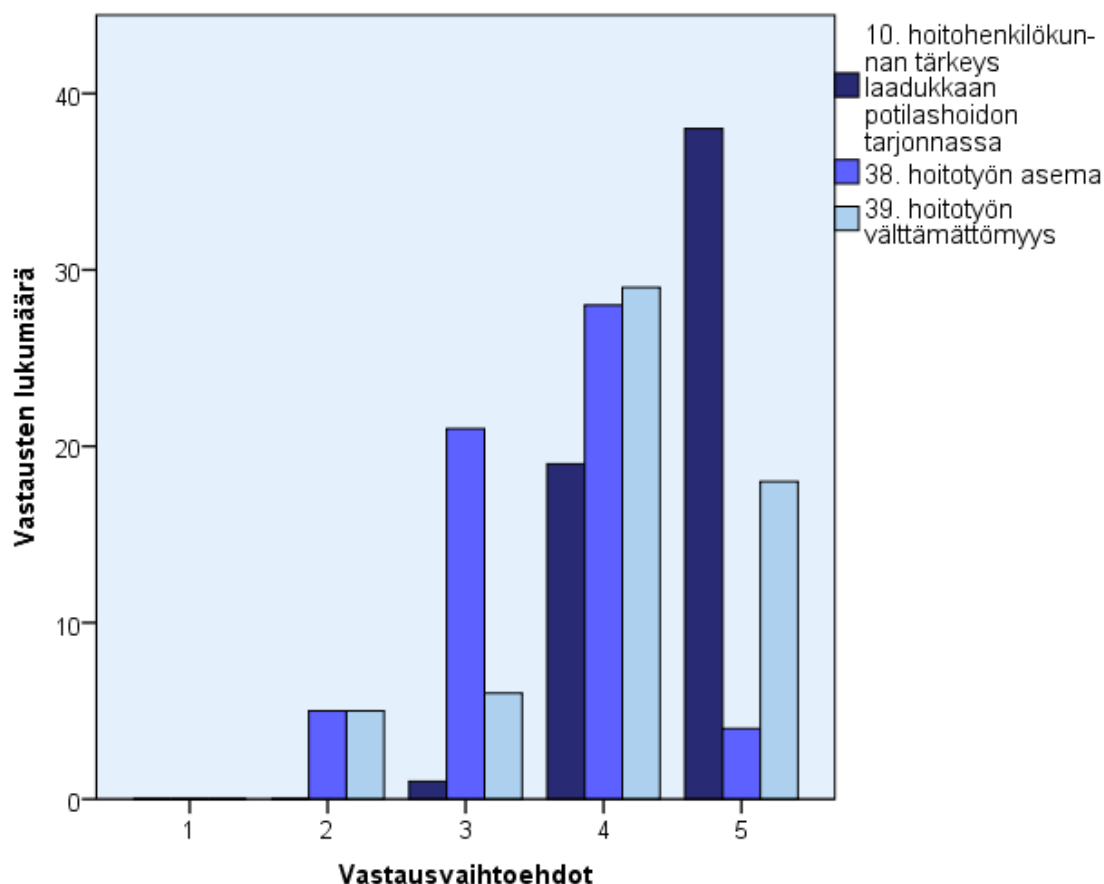
Sairaanhoitajien ohjeistuksen antaminen potilaille ei saanut yhtään erimielistä vastausta. Vain kahdella vastaajista ei ollut mielipidettä, joten 97 % vastaajista koki potilaiden ohjeistuksen toteutuvan. Näistä puolet koki ohjeistuksen toteutuvan jokseenkin ja puolet koki ohjeistuksen toteutuvan täysin. 4,45 vastausten keskiarvona kertoo myös ohjeistuksen antamisen potilaille sekä suullisena että kirjallisena toteutuvan kiitettävän ja erinomaisen väliltä.

Sairaanhoitajien saaman ohjauksen laadukkuudesta ei yksikään vastaaja ollut eri mieltä. 12 % ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 59 % oli jokseenkin samaa mieltä. Täysin samaa mieltä olevia oli 27 %. Toteutumisen puolelle painottuvat vastaukset keräävät keskiarvoksi 4,16 eli sairaanhoitajien saama ohjaus on kiitettävästi laadukasta.

6.1.12 Hoitotyön imago

Hoitotyön imagon (12. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 10, 38 ja 39 (kuvio 14). 10. kysymys oli, onko hoitohenkilökunta olennainen osa sairaalan kykyä tarjota laadukasta potilashoitoa, 38. asettavatko sairaanhoitajien lisäksi myös muut hoi-

totyön ammattilaiset (terapeutit, hallinnon työntekijät, johtajat) hoitotyön keskeiseen asemaan organisaatiossa ja 39. nähdäänkö hoitotyö organisaatioon välttämättömänä hyvän potilashoidon toteuttamisessa. Kysymysten keskiarvot ovat 4,64 (10.), 3,53 (38.) ja 4,03 (39.). Keskiarvot poikkeavat toisistaan vähintään puolella pisteellä. Selkeästi 38. kysymys toteutuu hyvin, 39. kysymys juuri ja juuri kiitettävästi ja 10. kysymys erinomaisen suuntaisesti. Yksikään kolmesta kysymyksestä ei saanut yhtäkään täysin eri mieltä -vastausta. Kokonaiskeskiarvo on 4,07, joka on yleisesti kiitettävä.



KUVIO 14. Hoitotyön imagon kysymysten vastausjakaumat

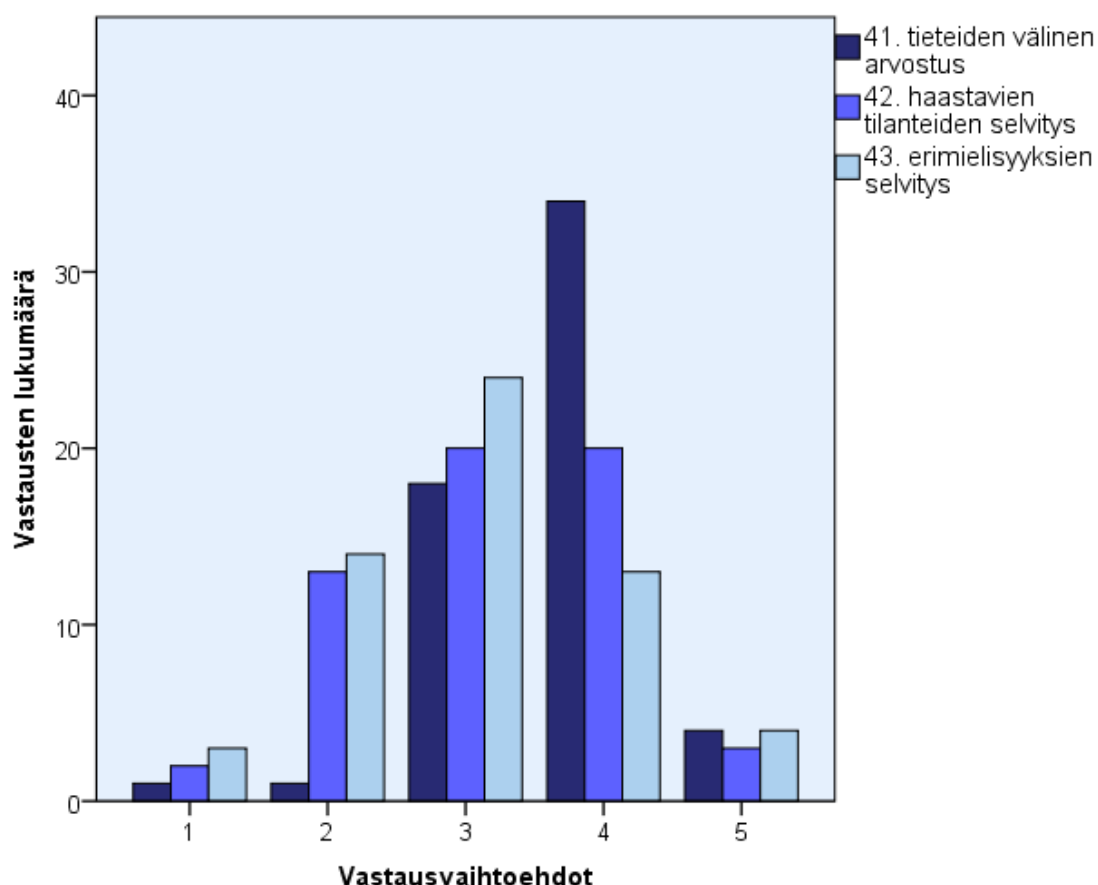
Hoitohenkilökunnan oleminen olennainen osa laadukasta potilashoitoa toteutuu erittäin hyvin. Yksikään vastaaja ei ole eri mieltä ja vain yksi vastaaja ei ole samaa eikä eri mieltä, eli 98 % vastaajista kokee hoitohenkilökunnan olevan laadukkaaseen potilashoidon olennainen osa. Vastaajista 67 % eli kaksi kolmasosaa oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Keskiarvoksi tulee 4,64, joka on todella korkea lukema ja kertoo väittämän toteutuvan lähes erinomaisesti ja vähintään vahvan kiitettävästi. Tämä kysymys sai kysymyksistä parhaan keskiarvon.

Muiden hoitotyön ammattilaisten hoitotyön asettaminen korkeaan asemaan ei saanut yhtään täysin eri mieltä -vastausta. Jokseenkin eri mieltä oli 9 % vastaajista. 36 % vastaajista ei ollut asiasta mitään mieltä, mutta 48 % vastaajista koki väitteen jokseenkin toteutuvan. Vastaajista 7 % oli täysin samaa mieltä. Vastaukset painottuivat kolmoseen ja neloseen, mistä kertoo keskiarvo 3,53. Tämän mukaan muut hoitotyön ammattilaiset asettavat hoitotyön korkeaan asemaan oikein hyvin.

Hoitotyön näkeminen välttämättömänä hyvän potilashoidon toteuttamisessa sai suurimmaksi osaksi samaa mieltä olevia vastauksia. 31 % vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa ja puolet vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä. Yhteensä 81 % vastaajista koki väitteen toteutuvan. Kymmenesosa ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 9 % oli jokseenkin eri mieltä. Vastausten keskiarvo on 4,03, mikä tarkoittaa, että hoitotyö nähdään kiitettävästi välttämättömänä hyvän potilashoidon toteuttamisessa.

6.1.13 Tieteiden väliset suhteet

Tieteiden välisten suhteiden (13. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 41, 42 ja 43 (kuvio 15). 41. kysymys mittasi, arvostavatko eri tieteiden alat toisiaan, 42. onko vastaaja tyytyväinen haastavien tilanteiden selvittämiseen työyhteisössään ja 43. selvitetäänkö erimielisyydet osastolla aina. Kysymysten keskiarvot ovat 3,67 (41.), 3,16 (42.) ja 3,02 (43.). Keskiarvojen hajonta ei ole 0,65 pistettä suurempi, eikä vaikuta vetovoimatekijän sanalliseen arvoon kaikkien keskiarvojen alkaessa samalla numerolla. Kokonaiskeskiarvoksi tulee 3,28 eli 13. vetovoimatekijä toteutuu hyvin. Huonoiten väittämistä toteutui erimielisyyksien selvittäminen aina ja parhaiten toteutui tieteidenalojen keskinäinen arvostus.



KUVIO 15. Tieteiden välisten suhteiden kysymysten vastausjakaumat

Tieteidenalojen keskinäinen arvostuksen vastaukset painottuvat 88 %:sti 3- ja 4-vastauksiin. 57 % vastaajista on jokseenkin samaa mieltä ja 14 % ei ole samaa eikä eri mieltä. Vain kaksi vastaajaa on arvostuksesta eri mieltä ja neljä vastaajaa on täysin samaa mieltä. Keskiarvo jää kolmasosan kiitettävästä, eli se on 3,67. Tulosten mukaan tieteiden alat kunnioittavat toisiaan hyvin.

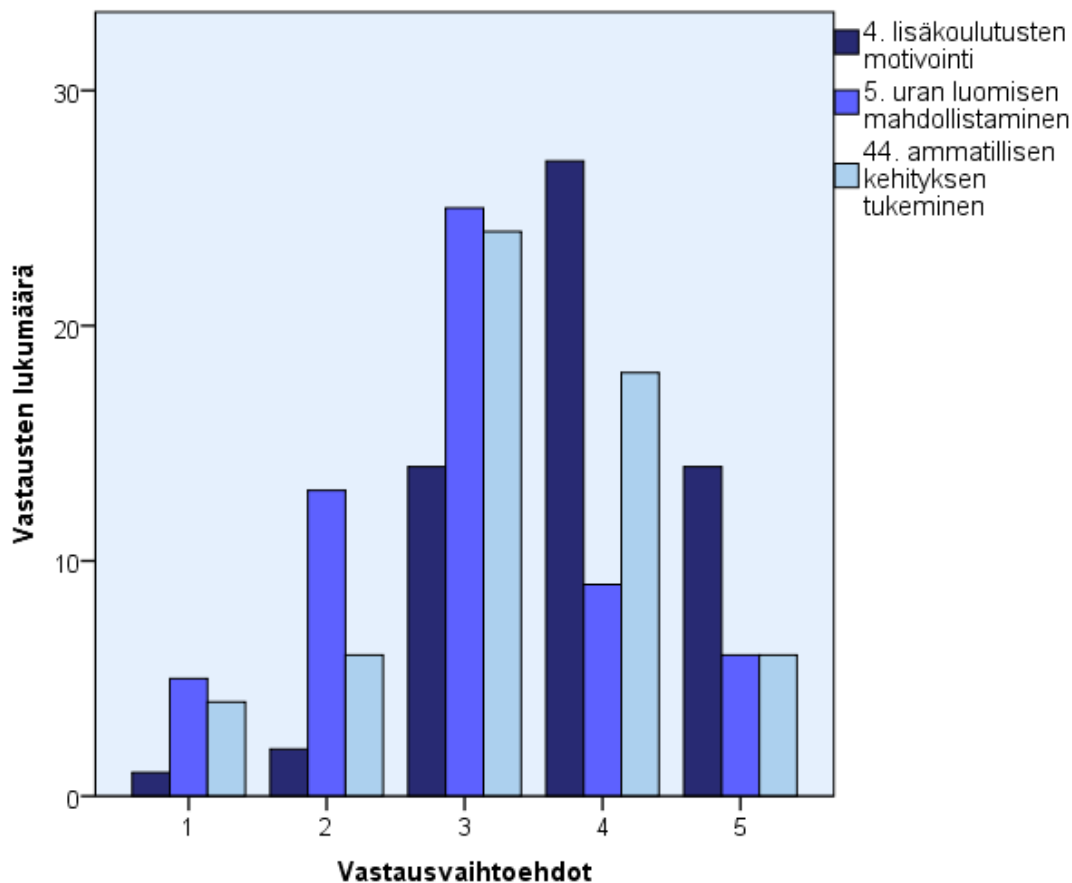
Haastavien tilanteiden selvittäminen työyhteisössä sai pääasiassa keskelle keskittyneen vastausjakauman. 35 % vastaajista ei ollut haastavien tilanteiden selvittämisen onnistumisesta samaa eikä eri mieltä ja 35 % oli jokseenkin samaa mieltä. Kolme vastaajaa oli täysin samaa mieltä. 22 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä ja kaksi vastaajaa oli täysin eri mieltä. Keskelle painottuvat vastaukset näkyvät myös keskiarvossa, joka on 3,16, ja sen mukaan haastavat tilanteet selvitetään työyhteisössä hyvin.

Erimielisyyksien selvittäminen aina osastolla sai keskelle kasvavan vastausjakauman. Eniten vastauksia sai ei samaa eikä eri mieltä -vastaus, joita oli 41 % vastauksista. 22 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja neljä vastaajaa täysin samaa mieltä. 24 % vas-

taajista oli taas jokseenkin eri mieltä erimielisyyksien selvittämisestä osastolla ja kolmen vastaajan mieltä, erimielisyyksiä ei lainkaan selvitetä osastolla aina. Keskiarvo on 3,02, joka kertoo eriävien ja puolesta olevien vastausten jakautuvan lähes täysin kahtia. Erimielisyyksien selvittäminen toteutuu kuitenkin tulosten mukaan hyvin.

6.1.14 Ammatillinen kehittyminen

Ammatillisen kehittymisen (14. vetovoimatekijä) toteutumista mittasivat kysymykset 4, 5 ja 44 (kuvio 16). 4. kysymys mittasi, nähdäänkö lisäkoulutukset työyhteisössä työtä motivoivana tekijänä, 5. kysymys mahdollistaako organisaation johto uran luomisen sairaanhoitajan ammatissa ja 44. kysymys arvostaako ja tukeeko organisaatio sairaanhoitajan ammatillista kehittymistä. Kysymysten keskiarvot ovat 3,88 (4.), 2,97 (5.) ja 3,28 (44.) Keskiarvojen maksimihajonta on 0,91 pistettä. Vetovoimatekijä toteutuu vahvasti arvosanalla hyvä, josta kertoo myös kokonaiskeskiarvo, joka on 3,38. Lisäkoulutusten motivointi sai parhaat pisteet, kun taas uran luomisen mahdollistaminen nähtiin heikoimmin toteutuvana asiana.



KUVIO 16. Ammatillisen kehittymisen kysymysten vastausjakaumat

Lisäkoulutusten motivoivuudesta oltiin enempi samaa kuin eri mieltä. 72 % vastaajista oli sitä mieltä, että lisäkoulutukset motivoivat ja näistä 26 % oli asiasta täysin samaa mieltä. 26 % vastaajista ei myöskään ollut samaa eikä eri mieltä ja yhteensä kolme vastaajaa ei pitänyt lisäkoulutuksia motivoivina. Vastausten keskiarvo on 3,88, jonka mukaan lisäkoulutukset ovat melkein kiitettävästi työtä motivoiva tekijä.

Uran luomisen mahdollistaminen on saanut keskelle kasvavan vastausjakauman. Keskimmaisessa ei samaa eikä eri mieltä -vastauksessa on 43 % vastauksista. 22 % vastaajista oli asiasta jokseenkin eri mieltä ja vielä 9 % oli täysin eri mieltä. Yhteensä 31 % vastaajista oli uran luomisen mahdollistamisesta eri mieltä ja vain 26 % oli samaa mieltä, joista 10 % oli täysin samaa mieltä. Vastaukset jäävät hieman alle keskitason eli keskiarvo on 2,97, jonka mukaan organisaation mahdollistaa uran luomisen lähes hyvin.

Sairaanhoitajan ammatillisen kehittymisen tukemisesta 41 %:lla vastaajista ei ollut mielipidettä puolesta eikä vastaan. 31 % vastaajista oli tukemisesta jokseenkin samaa mieltä ja 10 % oli täysin samaa mieltä. Toiset 10 % vastaajista oli tukemisen toteutumisesta jokseenkin eri mieltä ja 7 % oli vielä täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvon 3,28 kertoo sairaanhoitajan ammatillisen kehittymisen tukemisen ja arvostamisen toteutuvan hyvin.

6.2 Työhön sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

Avoimeen kysymykseen vastasi 28 vastaajaa 58:sta eli lähes puolet. Kysymyksellä selvitettiin, mitkä tekijät vaikuttavat sairaanhoitajien työhön sitoutumiseen. Odotimme avoimen kysymyksen kartoittavan, mitkä magneettisairaalamallin tekijät ovat tärkeimpiä sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä, ja vaikuttaako sitoutumiseen asioita, joita ei mainita magneettisairaalamallissa. Vastauksista nousi esille sekä magneettisairaalamalliin sisältyviä että sen ulkopuolisia asioita, mutta suurin osa vastauksista toisti väittämien sisältöä eri sanoin.

Kävimme avoimet vastaukset läpi ja listasimme niissä mainitut asiat pitäen kirjaa, montako kertaa samat asiat toistuvat vastauksissa. Vastauksista nousi 30 asiaa (taulukko 3), joista parhaimmillaan sama mainittiin kahdessakymmenessä eri vastauksessa. Muutama asia mainittiin vain kerran, mutta pääasiassa avoimen kysymyksen vastauksissa näkyi

yhtäläisyyksiä sitoutumiseen vaikuttavissa tekijöissä. Jaoin nämä yksittäiset asiat kahdeksaan ryhmään ja ne ovat hoitotyö, koulutus, arvostus, oma työ, sosiaaliset tekijät, työolosuhteet, esimies ja käytännön asiat.

TAULUKKO 3. Ryhmittely

| | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------|
| Oma työ | Mielekäs työ | Itsenäinen työn- teko | Potilaat | | |
| Arvostus | Esimiehen arvostus | Hoitotyön arvos- tus | Tieteiden välinen arvostus | | |
| Hoitotyö | Hoitotyön laatu | Hoitotyön kehitys | Hoitotyön yhteinen tavoite | Perhekeskeinen hoitotyö | |
| Sosiaaliset tekijät | Työyhteisö | Oma jaksaminen | Yhteistyö | Haastavien tilanteiden selvittäminen | |
| Käytännön asiat | Työvuoroihin vaikuttaminen | Työsuhteiden pituus | Palkka | Käytännön asiat | |
| Koulutus | Koulutus | Ammattitaidon kehittämisen tukeminen | Uran luomi- nen | | |
| Työolosuhteet | Työvoiman vaihtuvuus | Perehdyttäminen | Resursointi | Työn muutokset | |
| Esimies | Luotettava esimies | Avoimuus | Hierarkia | Palautteen antaminen ja saaminen | Palautteiden huomiointi |

Oma työ sisältää mielekkään työn, itsenäisen työnteon ja potilaat. Seitsemän vastaajaa koki työn mielekkyyden tärkeänä osana työhön sitoutumistaan. Esille nousi muun muassa se, että työ on riittävän haastavaa ja että se vaatii uuden opettelua. Kuusi vastaajaa piti itsenäistä työntekoa sitoutumista lisäävänä tekijänä. Oman työn suunnittelu, itsenäinen päätöksenteko ja oman työkokemuksen ja persoonan mukanaolo työnteossa olivat itsenäiseen työnteokseen liitettyjä asioita. Kuusi vastaajaa mainitsi vastauksessaan potilaat ja heidän läheiset, ja he tulivat esille sekä voimia antavina että voimia vievinä tekijöinä työn suhteen.

Arvostus -ryhmään kuuluu esimiehen arvostus, hoitotyön arvostus ja tieteiden välinen arvostus. Neljä vastaajaa piti tärkeänä sitä, että esimies arvostaa työntekijöitä ja työnte-koa. Yleisesti hoitotyön arvostusta piti keskeisenä neljä vastaajaa. Tieteiden välisen arvostuksen mainitsi yksi vastaaja, jonka lähtökohtana oli sairaanhoitajien ja lääkärei-den keskinäinen kunnioitus ja arvostus.

Hoitotyön alle tulivat hoitotyön laatu, kehitys ja yhteinen tavoite sekä perhekeskeinen hoitotyö. Hoitotyön laadun mainitsi kaksi vastaajaa, joista toinen huomioi suuren pe-rehdytettävien määrän vaikutukset hoitotyön laatuun ja toinen halusi, että osastoilla vaaditaan näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamista eli hoitotyön tekemistä parhaalla mahdollisella tavalla. Kolme vastaajaa otti esille hoitotyön kehityksen sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Yksi vastaajista koki jokaisella hoitotyöntekijällä olevan vastuu hoitotyön kehittamisestä, ja toisen mielestä hoitotyön kehittämisen tulisi olla määrätie-toista. Kolmas otti esille perehdytettävien määrän vaikuttavan työhön siten, että jatku-vasti liikutaan perusasioissa ja niin hoitotyön kehittämislle ei jää sijaa. Yksi vastaaja koki hoitotyön yhteisen suunnan puuttumisen epämotivoivana ja vahvan yhteisen hoito-työn tavoitteet sitoutumista lisäävänä. Perhekeskeinen hoitotyö oli vastaajista neljällä työhön sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä.

Sosiaalisiin tekijöihin kuuluu työyhteisö, oma jaksaminen, yhteistyö ja haastavien tilan-teiden selvittäminen. Työyhteisöä piti tärkeänä työhön sitoutumiseen vaikuttavana teki-jänä 20 vastaajaa 28:sta avoimeen kysymykseen vastanneista vastaajista. Työyhteisöön sisältyy hyvät työkaverit, hyvä ilmapiiri, hyvä työyhteisö, laajan perspektiivin saaminen toisia kuuntelemalla, hyvä yhteishenki, ristiriitojen vähyys ja viihtyvyys työpaikalla. Oman jaksamisen mainitsi yksi vastaaja. Kahdeksasta vastauksesta löytyi kohtia yhteis-työstä. Tärkeitä asioita olivat kollegiaalisuus, yhteistyö ulkopuolisten organisaatioiden kanssa, aikataulutusten sopiminen eri työryhmien kanssa, työvoiman suuri vaihtuvuus, kunnioituksen tarpeellisuus ja tiedonkulku. Yksi vastaaja nosti esille haastavien tilantei-den selvittämisen siitä näkökulmasta, että esimiehen kantaa ja tukea kaivataan haastavi-en tilanteiden selvittämiseen potilaiden ja heidän läheisten kanssa.

Käytännön asiat jakautuvat työvuoroihin vaikuttamiseen, työsuhteiden pituuteen, palk-kaan ja käytännön asioihin. 13 vastaajaa piti työvuoroihin vaikuttamista työhön sitou-tumiseen vaikuttavana tekijänä. Suurin asia oli omien työvuorotoiveiden huomiointi ja oman työn suunnittelu, mutta myös yleisesti työvuorojen ergonomia ja mahdollisuus

päivä- tai osa-aikatyöhön olivat tärkeitä tekijöitä. Kaksi vastaajaa vielä mainitsi pitkän, 12,5 tunnin vuoron tekemisen mahdollisuuden vaikuttavan työmotivaatioon. Työsuhteet huomioi neljä vastaajaa, joiden mukaan lyhyet työsopimukset lisäävät stressiä ja vaikeuttavat työn suunnittelua, kun taas pitkät sopimukset ja tieto niiden jatkumisesta lisäävät halukkuutta jäädä töihin erityisesti uusille työntekijöille. Kahden vastaajan mielestä työn arvostuksen pitäisi näkyä myös palkassa ja yksi vastaaja piti aloituspalkkaa epämotivoivana. Yksi vastaaja huomioi käytännön asioiden kuten turvallisuuden ja tietotekniikan sujuvuuden tärkeyden, sillä ne vievät aikaa ja ovat tärkeysjärjestyksen kärjessä.

Koulutus -ryhmä sisältää koulutuksen, ammattitaidon kehittämisen tukemisen ja uran luomisen. Kolme vastaajaa huomioi koulutusmahdollisuudet. He pitivät työhön sitoutumisen kannalta tärkeänä, että koulutuksiin on mahdollista päästä ja että koulutus vastaisi työtä ja olisi syventävän tasoista. Myös kolme vastaajaa otti esille ammattitaidon kehittämisen tukemisen, jonka pitäisi olla johdonmukaista ja mahdollistaa ammatillinen kasvu organisaation tuella. Yhden vastaajan sitoutumiseen vaikuttaa pitkän uran perspektiivi työssä. Toinen vastaaja koki tärkeäksi, että työtä tehdään tulevaisuuden eteen.

Työolosuhteet pitää sisällään työvoiman vaihtuvuuden, perehdyttämisen, resursoinnin ja työn muutokset. Kaksi vastaajaa piti sekä hoitajien että lääkäreiden suurta työvoiman vaihtelua työhön sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Perehdyttämisen mainitsi yksi vastaaja, jonka mielestä jatkuva perehdyttäminen on uuvuttavaa silloin, kun perehtyjiä ja opiskelijoita on jatkuvasti paljon. Tämä siis liittyy vahvasti myös työvoiman vaihtuvuuteen. Resursointi vaikuttaa työhön sitoutumiseen kolmen vastaajan mielestä siten, että työvuoroissa pitää olla riittävästi henkilökuntaa. Työn muutokset heikentävät tehokkuutta ja hankaloittavat työhön sitoutumista yhden vastaajan mielestä.

Esimies -ryhmään kuuluu luotettava esimies, avoimuus, hierarkia, palautteen antaminen ja saaminen sekä palautteiden huomiointi. Esimiehen luotettavuutta ja kunnollisuutta piti kaksi vastaajaa työhön sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Avoimuus ja avoin tiedonkulku oli kahden ja hierarkia yhden vastaajan mielestä sitoutumisen kannalta tärkeitä. Niin hyvän kuin huonon palautteen antaminen ja saaminen vaikuttaa sitoutumiseen neljän vastaajan mielestä. Palautteet auttavat kehittämään itseään ja työtapojaan ja kehitetään kannustavina. On tärkeää saada palautetta sekä esimieheltä että potilailta ja heidän läheisiltään.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Magneettisairaaloista löytyi paljon etenkin Yhdysvalloissa tehtyjä tutkimuksia, joiden tuloksia hyödynsimme opinnäytetyössämme. Suomessa on tehty tutkimuksia työhyvinvointiin liittyen ja hyödynnetty ulkomailla tehtyjä tutkimuksia, mutta magneettisairaalaidologiaa voisi hyödyntää vielä konkreettisemmin. Se parantaisi sairaanhoitajien työhön sitoutumista, työhyvinvointia ja työssä jaksamista voitaisiin kohentaa. Tähän mennessä magneettisairaalatutkimuksia on hyödynnetty erilaisissa väitöskirjoissa ja veto-voimaisuutta on yritetty tuoda esiin erilaisten hankkeiden avulla.

Kyselyn tulosten perusteella voidaan todeta, että magneettisairaalan vetovoimatekijöistä osa jo toteutuu hoitotyössä tutkimuksen kohteena olleella vastuualueella. Osa vetovoimatekijöistä toteutuu paremmin ja osa kohtalaisemmin, mutta yksikään vetovoimatekijä ei kuitenkaan toteudu keskiarvoltaan alle hyvän tason. Suurin osa väittämistä sai vastauksia kummastakin ääripäästä, eli mielipiteitä oli sekä puolesta että vastaan, ja joukosta erottui muutama väittämä, jotka saivat vastauksia ainoastaan toteutumisen puolesta. Osastoilla voitaisiin käydä läpi vetovoimatekijöitä tai niiden ominaisuuksia, joiden vastauksissa oli suurta hajontaa, jotta selviäisi, mistä vastakohtaiset näkemykset muodostuvat. Vaikka osa vetovoimatekijöistä toteutuu kiitettävällä tasolla, on niissäkin kehitettävää, jotta vastuualueen osastoista voitaisiin tehdä entistä vetovoimaisempia.

Vetovoimatekijöistä parhaiten toteutui itsenäisyys (9.), hoitotyön imago (12.), hoitajien toimiminen opettajina ja kouluttajina (11.) ja hoidon laatu (6.). Toisessa ääripäässä ovat vetovoimatekijöistä matala organisaatorakenne (2.), tieteiden väliset suhteet (13.), osallistava johtamisen tyyli (3.) ja hoitotyön johtamisen laatu (1.).

Parhaiten toteutuvien väitteiden perusteella hoitohenkilökunta on olennainen osa sairaalan kykyä tarjota laadukasta potilashoitoa ja hoitotyössä on käytössä sekä omahoitojuusmalli että perhekeskeinen hoitotyönmalli. Hoitohenkilökunta on ammattitaitoista ja hoitaa potilaita laadukkaasti. Sairaanhoitajat perehdyttävät eri oppilaitosten opiskelijoita laadukkaasti ja antavat ohjeistusta sekä kollegoille että potilaille. Sairaanhoitajat voivat

vaikuttaa omien työvuorojensa suunnitteluun, mikä käy ilmi myös avointen kysymysten vastauksista. Sairaanhoitajat harjoittavat itsenäisesti korkealaatuista hoitotyötä.

Tulosten mukaan mentorointi- tai kehitysohjelmia voisi parantaa kattamaan kaiken-
tasoiset sairaanhoitajat ja päätöksentekoa yksilötasolla voisi lisätä. Riittäviin henkilöstö-
resursseihin on hyvä panostaa, jotta hoitomalleissa tulee huomioitua tarvittavat resurssit
suhteessa potilaiden tarpeisiin. Kehitettävää on myös organisaation urakehityksen tu-
kemisessa, jotta jokaisella sairaanhoitajalla on mahdollisuus luoda ura kiinnostuksiensa
mukaan. Organisaatorakenteen muuttaminen on hankalaa, mutta osastonhoitaja voi
enenevästi lähentää sairaanhoitajia ja esimiehiä.

Avoimen kysymyksen vastauksista lähes kaikki kohdat ovat magneettisairaalamalliin
sisältyviä asioita. Resursointi, työvuoroihin vaikuttaminen, johdon kommunikointi, pa-
lautteiden kulku, koulutusmahdollisuudet, haastavien tilanteiden selvittäminen, hoito-
työn arvostus, hoitotyön mallien käyttäminen ja hoitotyön laatu nousevat esille työhön
sitoutumiseen vaikuttaviksi tekijöiksi myös vastaajien omista kokemuksista. Näin
avoimen kysymyksen vastaukset tukevat magneettisairaalamallin merkittävyyttä sekä
nostavat esille työn motivoinnin tärkeimpiä tekijöitä tällä vastuualueella.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Teimme 14 vetovoimatekijästä 46 kysymystä, joista 3–5 kysymystä mittasi yhden veto-
voimatekijän toteutumista, ja sekoitimme kysymysten järjestyksen. Näin paransimme
vetovoimatekijöiden toteutumisen vastausten luotettavuutta. Lisäsimme vielä avoimen
kysymyksen kyselylomakkeen loppuun, ja sen vastauksista saimme lisätietoa työhön
sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä, joista on hyötyä erityisesti osastonhoitajille. Ky-
symyksen avulla selvisi myös, mitkä vetovoimatekijöistä olivat tärkeimpiä hoitajien
omien kokemusten mukaan.

Kyselyn luotettavuutta mittaavat reliabiliteetti ja validiteetti. Validiteetti tarkoittaa, että
mitataan ja tutkitaan tutkimusongelman kannalta oikeita tekijöitä eli tutkimus on pätevä,
ja reliabiliteetti tarkoittaa mittausten pysyvyyttä. Validiteetin avulla saadaan tietää, onko
mittari ollut oikea, sillä väärä mittari tuottaa vääriä mittaustuloksia. (Kananen 2011,
118.) Tutkimuksen reliaabeliudella tarkoitetaan tutkimuksen kykyä antaa ei-

sattumanvaraista tietoa (Vilka 2007, 149). Reliabiliteetti selviää, kun eri mittauskerroilla eri mittauskohteiden jälkeen tulee samat tulokset, eli tutkimus voidaan toistaa ja varmistaa tulosten pysyvyys. Kun tutkimuksen validiteetti on kunnossa, reliabiliteettia ei oikeastaan tarvitse tutkia, sillä validiteetti takaa myös tutkimuksen reliabiliteetin. (Kananen 2011, 118, 121.) Mittarin luotettavuus otettiin huomioon jo opinnäytetyön alussa, kun suunniteltiin väittämiä kyselylomakkeelle. Kysymysten vakioinnilla ja kyselylomakkeen testauksella parannettiin mittarin luotettavuutta ja toimivuutta.

Kyselylomakkeen luotettavuuteen vaikuttaa kysymysten ymmärrettävyys, eli ymmärtävätkö vastaajat väittämät oikein ja vastaavat sen mukaan. Oikein ymmärtäminen tarkoittaa sitä, että jokainen vastaaja ymmärtää väittämän samalla tavalla ja se vastaa mittaamaamme asiaa. Muokkasimme väittämistä mahdollisimman yksiselitteiset ja testasimme väittämien ymmärrettävyyttä ennen kyselylomakkeen lähettämistä. Oli kuitenkin mahdollista, että vastaajat ymmärsivät väittämät eri tavoin. Kyselyn vastausasteikolla kolme tarkoitti ”en ole samaa enkä eri mieltä”, jolloin vastaajalla ei ole mielipidettä väittämään, mutta se voi tarkoittaa myös sitä, että vastaaja ei ole ymmärtänyt väittämää ja on siksi mielipiteetön. Kun keskimmäisiä arvoja on vähän, se tarkoittaa, että suurimmalla osalla vastaajista on kysytystä asiasta mielipide. Kiire osastolla voi heikentää kyselyyn vastaamiseen keskittymistä, ja silloin vastataan herkemmin keskimäinen vaihtoehto. Kyselylomakkeelle pyrittiin tekemään vain lyhyitä ja ytimekkäitä väittämiä, joiden lukeminen ei kestä kauan.

Kyselyyn vastaajille luvattiin saatekirjeessä, että tutkimukseen vastaaminen on luottamuksellista, ja se huomioitiin tutkimuksen raporttia kirjoitettaessa. Tuloksiin ei saa kirjoittaa sellaisia asioita, jotka rikkovat annetun lupauksen tietojen luottamuksellisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta, eikä niissä mainita mitään vastaajien tietoja. Tutkimustuloksia ei kirjata määrällisessä tutkimuksessa henkilöittäin eli yhden henkilön vastaus kerrallaan, joten yksittäisen vastaajan tunnistamisen riski on olematon ja vastaajien anonymiteetti säilyy. Tapa, jolla tuloksia kirjoitetaan, on eettisesti tärkeää, niin kuin on myös se, mitä tutkittavista kirjoitetaan. (Vilka 2007, 164; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368.) Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja tutkittava sai halutessaan kieltäytyä vastaamasta kyselyyn (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368).

Kysyimme vastaajilta työsuhteiden pituudet samalla vastualueella ja osastot, joissa he työskentelevät. Työsuhteen pituus antoi tietoa luotettavuudesta, sillä suhteiden pituuksi-

en laaja skaala lisää luotettavuutta. Työelämän pyynnöstä kysyimme vastaajien osastoa ja hyödynnämme tietoa, kun esittelemme tuloksia osastonhoitajille. Kyselyn vastaukset hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

Numeeristen tulosten ilmoittamistapa tulee olla tarkasti mietitty, koska julkaisutyyli tai itse tieto voi vahingoittaa tutkittujen elämää. Tutkijan tulee tästä syystä välttää sellaisia kirjoitustyyliä, jotka voivat olla loukkaavia tai tyypitteleviä, epäkunnioittavia, yksipuolisia, tirkisteleviä, halventavia tai mustamaalaavia. Sellaisia ilmaisuja tulee myös välttää, joiden takia tutkittava saattaa joutua halveksunnan, vihan tai pilan kohteeksi. Kielteisellä ilmaisulla voi leimata tutkittavat sekä aihealueeseen liittyvän alan. Tutkimusta tehdessä tulee muistaa, että tutkija ei edusta ainoastaan itseään vaan omaa opiskeltavaa alaansa ja tiedeyhteisöä. (Vilka 2007, 164.) Tulokset kirjoitettiin mahdollisimman neutraalisti ja vasta johtopäätöksissä kirjoitimme positiivisista ja negatiivisista huomioista, mutta niistäkin asiallisella tyyllillä.

Toisen työn kunnioittamisella tarkoitetaan ulkopuolisten lähteiden asiallista käyttöä omassa tutkimuksessaan, jolloin lähdeviitteet ja lähdetiedot tulee merkitä asianmukaisesti. Verkkotekstiin tulee viitata yhtä tarkasti kuin painettuun tekstiin. (Vilka 2007, 165.) Olimme tarkkoja lähdeviitteiden merkitsemisessä, koska halusimme kunnioittaa muiden tekemiä töitä. Hyödynsimme lähdeviitteiden tekemisessä TAMK:n kirjallisen raportoinnin ohjetta, jotta lähdetiedot olisivat oikein kirjoitettu (Virikko 2015).

Saimme PSHP:lta luvan opinnäytetyön tutkimuksen tekemiseen. Opinnäytetyöllä ei ole rahoittajaa, vaan opinnäytetyön tekijät ovat kustantaneet opinnäytetyöstä ja sen tekemisestä tulleet kulut itse. Kuluja on tullut erittäin vähän, lähinnä liikkumisesta ja vedosten tulostamisesta ohjaajalle.

7.3 Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset

Magneettisairaalamallia on tutkittu paljon ja sillä on todettu olevan positiivisia vaikutuksia hoitotyön työyhteisöihin. Tulevaisuudessa olisi hyvä tutkia mallin toteutumista muillakin PSHP:n vastuualueilla ja myös muilla sairaanhoitopiireillä. Mallin avulla selvitetään, mikä on hyvää ja toimivaa organisaatiossa, ja mitä osa-alueita tulisi kehittää vetovoimaisen sairaalan rakentamisessa.

Tutkimuksen voi toteuttaa uudestaan ja selvittää, onko vetovoimatekijöiden suhteen tapahtunut muutoksia PSHP:n tietyllä vastuualueella. Se samalla selvittää, onko PSHP onnistunut vetovoimaisuuden lisäämisessä. Tutkimusta voitaisiin laajentaa muillekin vastuualueille ja selvittää niiden vetovoimaisuutta, jolloin saadaan tarkemmin selville PSHP:n vetovoimaisuus magneettisairaalamallin mukaan kokonaisuudessaan.

Magneettisairaalamalli on luotu 1980-luvulla Yhdysvalloissa. Tutkimushaasteeksi voi ottaa mallin kehittämisen uudestaan Suomen nykyisissä olosuhteissa ja tehdä vertailua 30 vuotta aiemmin Yhdysvalloissa tehdyn mallin suhteen. Ajat ovat muuttuneet ja erilainen kulttuuri saattaa arvostaa eri asioita. Kuitenkin magneettisairaalamalli on kansainvälinen ja siten haastettavissa.

LÄHTEET

Ahola, K., Tuisku, K. & Rossi, H. 2012. Työuupumus (burnout). Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 30.11.2012. Luettu 26.11.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00681

American Nurses Credentialing Center (ANCC). 2014a. Forces of Magnetism. Luettu 15.12.2014.

<http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/HistoryoftheMagnetProgram/ForcesofMagnetism>

American Nurses Credentialing Center (ANCC). 2014b. Magnet Recognition Program Model. Luettu 15.12.2014.

<http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/New-Magnet-Model>

Flinkman, M. 2014. Young registered nurses' intent to leave the profession in Finland – a mixed-method study. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Flinkman, M., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2014. Työyhteisön keinot pitää nuoret sairaanhoitajat työpaikassa ja ammatissa. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2014. Työhyvinvoinnin keinot. Sairaanhoitajaliitto, 45–60.

Grohar, M. & DiCroce, H. 1997. Leadership and Management in Nursing. 2. painos. Stamford, CT: Appleton & Lange.

Haatainen, K. 2008. Hoitotyön johtamisen menestystarinoita. [Diasarja] Hoitotyön johdon päivät 28.10.2008. Kuopion yliopistollinen sairaala. Helsinki. www.taja.fi/client-data/file/Haatainen.ppt

Hahtela, N. & Mäkipää, S. 2011. Asiantuntijuuden kehittäminen. Teoksessa Laaksonen, K., Matikainen, A., Hahtela, N., Korhonen, T. & Mäkipää, S. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2011. Sairaanhoitaja asiantuntijana. Sairaanhoitajaliitto, 160–169.

Hartikainen, P. 2009. Osastonhoitajan organisaatioon sitoutuminen – työssä pysymiseen vaikuttavia tekijöitä erikoissairanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Hinno, S. 2012. The Professional Practice Environment. Hospital Nurses' Perspectives in Thee European Countries. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Hintsala, A. 2006. Nais- ja mieshoitajien arvioita autonomiasta hoitotyössä. Teoksessa Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2006. Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Sairaanhoitajaliitto, 45–57.

Hopia, H., Niskanen, A., Peltokoski, J. & Heikura, K. 2008. Elinikäinen oppiminen - esimerkkejä koulutuksesta ja työelämästä. Teoksessa Koponen, L. & Hopia H. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2008. Vetovoimainen terveydenhuolto. Sairaanhoitajaliitto, 117–130.

Häggman-Laitila, A. 2014. Sairaanhoidajan työhyvinvointi ja johtaminen. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2014. Työhyvinvoinnin keinot. Sairaanhoidajaliitto, 143–161.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Kanste, O. 2006. Johtamisen haasteet osastonhoitajan työssä. Sairaanhoidaja 6–7/2006, 7–10.

Karkos, B. & Peters, K. 2006. A Magnet Community Hospital. Journal of Nursing Administration 36 (7), 377–382. Luettu 05.12.2014.
http://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2006/07000/A_Magnet_Community_Hospital_Fewer_Barriers_to.11.aspx

Kent, B., Hutchinson, A.M. & Fineout-Overholt, E. 2009. Getting Evidence into Practice -Understanding Knowledge Translation to Achieve Practice Change. Worldviews on Evidence-Based Nursing. Third Quarter 6 (3), 183–185. Luettu 20.10.2014.
<http://translationofevidenceintonursingpractice.wikispaces.com/file/view/Getting+Evidence+Into+Practice.pdf>

Keskinen, S. 2008. Ihmisen hyvä johtaminen. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2008. Vetovoimainen terveydenhuolto. Sairaanhoidajaliitto, 131–146.

Kähkönen, E. 2015. Kollegiaalisuusohjeet supersuosiossa. Ensimmäinen painos loppui saman tien. Sairaanhoidaja 1/2015, 8–9.

Kärkkäinen, M. 2010. Vetovoimainen sairaala. Aineeton palkitseminen osa työhyvinvointia. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laitinen, H. 2008. Potilaslähtöisyys ja sen johtaminen. Teoksessa Surakka, T., Kiikkala I., Lahti, T., Laitinen, H. & Rantala, T. (toim.) Osastonhoitaja ja johtaminen. Hygieia. Helsinki: Tammi, 118–140.

Lammintakanen, J. 2011. Henkilöstö voimavarana. Osaaminen johtamisen haasteena. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysalan johtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy, 237–255.

Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveyspalveluissa. Teoksessa Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. (toim) Hoitotyön vuosikirja 2006. Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Sairaanhoidajaliitto, 9–28.

Leino-Kilpi, H. & Peltomaa, K. 2008. Eettinen turvallisuus - vetovoimaisten sairaaloiden ominaispiirre. Sairaanhoitaja 8/2008. Päivitetty 14.8.2008. Luettu 15.12.2014. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=sle00049

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Matkalla maineeseen -hanke. 2009. Kirjallisuuskatsaus magneettiorganisaatio- ja työhyvinvointitutkimukseen. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry. Luettu 15.12.2014. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/27378329/MATKALLA+MAINEESEEN.pdf>

Meretoja, R. & Koponen, L. 2008. Vetovoimainen Sairaala. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2008. Vetovoimainen terveydenhuolto. Sairaanhoitajaliitto, 9–20.

Mäkipää, S., Laaksonen, K., Saarinen, J. & Miettinen, M. 2012. Miten terveydenhuoltoalan vetovoimaisuutta voidaan lisätä? Suomen Lääkärilehti 67 (13), 10611–1063. Luettu 20.1.2015. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000037375>

Orre, P. 2009. Hoitotyön vetovoimaisuus osastonhoitajan työn haasteena. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Pakkanen, I. 2013. Vetää kuin magneetti. Tehy 10/2013, 40–42.

Partanen, P., Pitkäaho, T., Kvist, T., Turunen, H., Miettinen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Magneettisairaalamalli erinomaisen hoitotyön mahdollistajana. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2008. Vetovoimainen terveydenhuolto. Sairaanhoitajaliitto, 69–88.

Räsänen, H. 2009. Magneettisairaalamallista vetoapua terveydenhuoltoon. Sairaanhoitaja 2/2009.

Sairanen, S. 2006. Mentorointi ammatillisen osaamisen kehittymisessä. Teoksessa Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. (toim) Ihmisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Sairaanhoitajaliitto, 157–168.

Scott, J., Sochalski, J. & Aiken, L. 1999. Review of Magnet Hospital Research: Findings and Implications for Professional Nursing Practice. Journal of Nursing Administration 29 (1), 9–19. Luettu 10.09.2014. http://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/1999/01000/Review_of_Magnet_Hospital_Research__Findings_and.3.aspx

Sinivaara, M. & Aschan, H. 2008. Työaika-autonomia. Yhteisöllinen työvuorosuunnitelumalli. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2008. Vetovoimainen terveydenhuolto. Sairaanhoitajaliitto, 101–116.

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 26.11.2014.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf

Sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeet. 2014. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry. Luettu 08.12.2014. <http://sairaanhoitajaliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/f62d0789240745f0d8579c289a4eae79/1418044440/application/pdf/162162477/Sairaanhoitajien%20kollegiaalisuusohjeet.pdf>

Tehy. 2015. Vetovoimaisia työpaikkoja palkittiin. Julkaistu 20.02.2015. Luettu 18.03.2015. <http://www.tehy.fi/tehy/ajankohtaista/?x22250=29760931>

The Joanna Briggs Institute. 2009. Systematic reviews – the review process. Levels of evidence. Faculty of Health Sciences. The University of Adelaide. Australia.

Turunen, H. 2011. Osastonhoitaja - vetovoimainen lähijohtaja. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Vallimies-Patomäki, M. & Hukkanen, E. 2006. Hoitajien tehtäväkuvat uudistuvat. Tuloksia Kansallisesta terveyshankkeesta. Teoksessa Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. (toim) Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Sairaanhoitajaliitto, 61–86.

Vesterinen, S. 2013. Osastonhoitajien johtamistyyli osana johtamiskulttuuria. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Virikko, H. 2015. Kirjallisen raportoinnin ohje. Opinnäytetyön raportointiohjeet. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Ammattinimike:

1 (4)

Työsuhteen pituus samalla vastuualueella:

Yksikkö, jossa työskentelet:

Kerro, mitä mieltä olet seuraavista väittämistä työpaikallasi valitsemalla mielipidettäsi kuvaava numero 1–5 väliltä, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä.

Organisaatio: sairaala, jossa työskentelet

Johto: ensisijaisesti osastonhoitaja

1. Johtaminen osastolla on tietotaitoista.
1 2 3 4 5
2. Kaikki henkilökunnan jäsenet antavat opetusta tai ohjausta omien taitojensa mukaan.
1 2 3 4 5
3. Osastonhoitaja on näkyvä hoitohenkilöstölle.
1 2 3 4 5
4. Lisäkoulutukset nähdään työyhteisössä työtä motivoivana tekijänä.
1 2 3 4 5
5. Organisaation johto mahdollistaa uran luomisen sairaanhoitajan ammatissa.
1 2 3 4 5
6. Hoitotyö on vahvasti esillä kaikissa organisaation tasoissa.
1 2 3 4 5
7. Osastonhoitaja johtaa osastoa itsenäisesti.
1 2 3 4 5
8. Organisaatio kouluttaa tai perehdyttää eri oppilaitosten opiskelijoita.
1 2 3 4 5
9. Antamallasi palautteella voit vaikuttaa työpaikallasi.
1 2 3 4 5
10. Hoitohenkilökunta on olennainen osa sairaalan kykyä tarjota laadukasta potilas-
hoitoa.
1 2 3 4 5

2 (4)

11. Organisaatiossa huomioidaan sairaanhoitajien yksilölliset tarpeet, jotka tukevat työn ja vapaa-ajan tasapainoa.
1 2 3 4 5
12. Yksittäisen hoitajan hoitotyö on laadukasta.
1 2 3 4 5
13. Organisaation yhteistyö ulkopuolisten organisaatioiden (esim. terveyskeskukset, toiset sairaalat, avopalvelut, poliklinikat) kanssa edistää kansanterveyttä.
1 2 3 4 5
14. Sairaanhoitajien urakehitystä tuetaan organisaatiossa.
1 2 3 4 5
15. Sairaanhoitajat vastaavat itsenäisesti korkealaatuisesta hoitotyöstä.
1 2 3 4 5
16. Osastonhoitaja tukee hoitotyöntekijöitä heidän työssään.
1 2 3 4 5
17. Hoitomalleissa on huomioitu tarvittavat resurssit suhteessa potilaiden tarpeisiin.
1 2 3 4 5
18. Hoitotyön johtajat ovat hoitotyön ammattilaisia.
1 2 3 4 5
19. Kaiken tasoisille sairaanhoitajille on mentorointi- tai kehitysohjelmia.
1 2 3 4 5
20. Sairaanhoitajat ovat ammattitaitoisia.
1 2 3 4 5
21. Organisaatio mittaa hoitotyön laatua.
1 2 3 4 5
22. Hoitotyön kehittämiseksi organisaatiossa on toimintatapoja (esim. koulutukset, osastotunnit, tuote-esittelyt, asiantuntijapalvelut).
1 2 3 4 5
23. Hoitajat antavat ohjeistusta sekä kollegoille että potilaille sekä suullisesti että kirjallisesti.
Kollegoille 1 2 3 4 5
Potilaille 1 2 3 4 5
24. Konsultaatio on nopeasti saatavilla (esim. asiantuntijahoitajat, kokeneet hoitajat, lääkärit).
1 2 3 4 5
25. Työyhteisö edistää kollegiaalista avunantoa.
1 2 3 4 5

26. Organisaatiolla on riittävät henkilöstöresurssit.
1 2 3 4 5
27. Hoitohenkilökunta hoitaa potilaita laadukkaasti.
1 2 3 4 5
28. Sairaanhoidajat tekevät itsenäisesti päätöksiä hoitotyössä.
1 2 3 4 5
29. Hoidon laatu on organisaation keskeinen tavoite.
1 2 3 4 5
30. Työyhteisöllä on hyvät välit ulkopuolisiin organisaatioihin (esim. terveyskeskukset, toiset sairaalat, avopalvelut, neuvolat, KELA, koulut, poliklinikat).
1 2 3 4 5
31. Organisaation sisäiset suhteet ovat kunnossa.
1 2 3 4 5
32. Henkilöstöohjeistukset tehdään yhteistyössä hoitajien kanssa.
1 2 3 4 5
33. Voit vaikuttaa omien työvuorojesi suunnitteluun.
1 2 3 4 5
34. Sairaanhoidon opiskelijat saavat laadukasta ohjausta työyksikössäsi.
1 2 3 4 5
35. Päätöksenteko sairaalan johdossa on hajautettua.
1 2 3 4 5
36. Hoitotyössä on käytössä erilaisia hoitotyön malleja.
- | | |
|--------------------------|-----------|
| Omahoitajuus | 1 2 3 4 5 |
| Perhekeskeinen hoitotyö | 1 2 3 4 5 |
| Tapauskeskeinen hoitotyö | 1 2 3 4 5 |
| Yksilökeskeinen hoitotyö | 1 2 3 4 5 |
37. Palautettasi toivotaan työpaikallasi.
1 2 3 4 5
38. Sairaanhoidajien lisäksi myös muut hoitotyön ammattilaiset (terapeutit, hallinnon työntekijät, johtajat) asettavat hoitotyön keskeiseen asemaan organisaatiossa.
1 2 3 4 5
39. Hoitotyö nähdään organisaatioon välttämättömänä hyvän potilashoidon toteuttamisessa.
1 2 3 4 5
40. Organisaatio kehittää hoitotyön palveluita.
1 2 3 4 5

41. Eri tieteiden alat arvostavat toisiaan.
1 2 3 4 5
42. Olen tyytyväinen haastavien tilanteiden selvittämiseen työyhteisössä.
1 2 3 4 5
43. Erimielisyydet osastolla selvitetään aina.
1 2 3 4 5
44. Organisaatio arvostaa ja tukee sairaanhoitajan ammatillista kehittymistä.
1 2 3 4 5
45. Organisaatorakenne on matala eli päätökset tehdään yksilötasolla.
1 2 3 4 5
46. Osastonhoitaja lähentää sairaanhoitajaa ja esimiehiä.
1 2 3 4 5
47. Mitkä asiat työpaikallasi vaikuttavat työhönsitoutumiseesi?

Kiitos vastauksestasi!

Liite 2. Saatekirje

Saatekirje Tampere 15.9.2014

Hyvä Sairaanhoitaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä magneettisairaalan vetovoimatekijöiden toteutumisesta hoitotyössä. Magneettisairaala on työntekijöitä puoleensavetävä sairaala, jonka houkuttelevuus ja työn motivointi koostuu hyvästä johtamisesta, urakehityksen mahdollisuudesta ja korkealaatuisesta hoitotyöstä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää magneettisairaalamallin vetovoimatekijöiden toteutuminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhdellä vastuualueella. Olemme saaneet luvan opinnäytetyön tekemiseen Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä.

Opinnäytetyön tutkimusjoukko on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhden vastuualueen sairaanhoitajat. Tutkimusaineisto kerätään internetissä olevalla kyselylomakkeella, jonka jokainen osastonhoitaja lähettää työntekijöilleen. Aineisto kerätään luottamuksellisesti. Tuloksista ei pysty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Tässä linkissä <https://lomake.tamk.fi/v3/lomakkeet/17791/lomake.html> voit osallistua kyselyyn. Vastaathan kyselyyn 8.12.2014 mennessä. Kiitos vastauksestasi!

Meille voi lähettää kysymyksiä, vastaamme mielellämme.

Ystävällisin terveisin

Elisa Närhi, elisa.narhi@health.tamk.fi

Julia Perämäki, julia.suomela@health.tamk.fi